

EBM und/oder/versus ärztliche Erfahrung?

DROGENSUBSTITUTION: Im Rahmen des 11. Substitutions-Forums* widmete sich ein Workshop dem Thema „Evidenzbasierte Medizin und praktische Erfahrungen – Gegensatz oder Ergänzung?“.

DIE SUBSTITUTIONSBEHANDLUNG gilt heute sowohl in Österreich als auch international als Standardtherapie bei der Diagnose Opiatabhängigkeit. Während die in der Betreuung von Opioidabhängigen erfahrenen Experten unisono betonen, dass der Zugang zur Behandlung erleichtert werden muss, wurde von Seiten der Politik durch die vor etwa einem Jahr in Kraft getretene Novelle zur Suchtgiftverordnung nach Ansicht der Experten ein Schritt in die entgegengesetzte Richtung gesetzt (die Ärzte Krone hat mehrfach berichtet). Nicht zuletzt aufgrund dieser Verordnung, die bei der Frage der Indikationsstellung zur Substitutionsbehandlung u.a. auf die „Maßgabe der medizinischen Wissenschaft und Erfahrung“ verweist, andererseits aber die Mittel der ersten Wahl in der Therapie vorgibt und weitere Studiendaten einfordert, empfinden viele in der Drogensubstitution erfahrenen Ärzte ihre ärztliche Erfahrung als unterbewertet.

In seinem Impulsreferat im Rahmen des 11. Substitutions-Forums stellte Univ.-Prof. Dr. Alfred Springer, Leiter des Ludwig Boltzmann Instituts für Suchtforschung am Anton-Proksch-Institut Wien, grundlegende Überlegungen zur Bedeutung der ärztlichen Erfahrung in Relation zur evidenzbasierten Medizin und deren Grenzen an. Im Folgenden lesen Sie einen Auszug aus diesem Referat, dessen vollständige Version Sie unter www.oegabs.at finden.

DIE ROLLE DER ÄRZTLICHEN KUNST

Zahlreiche Faktoren tragen dazu bei, die Praxisfähigkeit des Arztes zur ärztlichen Kunst zu machen; zu diesen Faktoren zäh-



© Kwest – Fotolia.de

len naturwissenschaftliche Grundlagenkenntnisse, Wissen um die pathophysiologischen Zusammenhänge, technisches Geschick, gereifte Erfahrung, Intuition und die Fähigkeit zur menschlichen Zuwendung. Mit seiner ärztlichen Kunstfertigkeit, die auf diesem Bündel von Kompetenzen beruht, verpflichtet sich der Arzt, dem Patienten in seiner leidenden Eigenart zu helfen. Als wesentliche Voraussetzung für ärztliche Entscheidungen – sowohl im diagnostischen Prozess als auch in der Durchführung der therapeutischen Maßnahme – muss dabei gelten, dass der ethische Wert der erkrankten Person, ihr sozialer Status, ihre soziale Nützlichkeit, ihr Alter und ihr kognitiver Zustand nicht als diskriminierende, v.a. aber nicht als ausschließende Faktoren gelten dürfen.

Ziel und Zweck der ärztlichen Kunst ist ausschließlich ihre restaurative und konservierende Funktion in der Wiederherstellung einer funktionellen Integrität.

Im medizinischen Alltag werden wissenschaftlich gewonnene Erkenntnisse mit der ärztlichen Intuition und Erfahrung kombiniert, um dem individuellen Patienten gerecht zu werden.

Dabei ist zunächst die persönliche Therapeut-Patient-Beziehung wesentlich, da nur auf Basis dieser Vertrauensbeziehung gültige Daten zur Anamnese erhoben und eine gründliche klinische Untersuchung, ergänzt durch technische Verfahren, durchgeführt werden kann. Zur ärztlichen Kunst gehört es dann wieder, die Vielzahl der Fakten und Beobachtungen in einer korrekten Diagnose zu integrieren. Dadurch wieder wird die Voraussetzung für eine adäquate Therapie geschaffen, die als erfolgversprechend eingeschätzt werden kann.

DIE WISSENSCHAFTLICHKEIT DER MEDIZIN

Grundlagen der modernen, zunehmend evidenzbasierten Medizin bilden die

Naturwissenschaften, Humanbiologie, Anatomie, Physiologie, ergänzt durch Psychologie und Sozialwissenschaften (vgl. Medizinsoziologie, Epidemiologie, Gesundheitsberichterstattung, Gesundheitsökonomie). Aufgrund der mangelnden Theoriebildung – die der Definition der Wissenschaft als grundlegend gilt – kann die Medizin jedoch nur sehr eingeschränkt als Wissenschaft bezeichnet werden. Die Evidenzbasierung versucht hier Abhilfe zu schaffen, indem Therapiemaßnahmen zunehmend an aktuellen Forschungsergebnissen ausgerichtet werden. Im Gegensatz zum historischen Vorgehen in der Medizin werden neue Erkenntnisse heute üblicherweise nach wissenschaftlichen Grundsätzen gewonnen und zunehmend durch Studien belegt.

EVIDENZBASIERTE MEDIZIN

Der Begriff Evidence-based Medicine wurde Anfang der 1990er-Jahre von Gordon Guvatt aus der Gruppe um David Sackett an der McMaster-Universität Hamilton, Kanada geprägt. Im deutschen Sprachraum wurde das Konzept erstmals 1995 publiziert. Die Erwartung war, dass das Verbinden der evidenzbasierten Medizin (EBM) und der täglichen Behandlung und Pflege von Patienten zu besseren Ergebnissen für die Patienten führen sollte.

Als EBM ist jede Form von medizinischer Behandlung zu bezeichnen, bei der patientenorientierte Entscheidungen ausdrücklich auf Basis von bewiesener Wirksamkeit (in Form von Metaanalysen, randomisierten kontrollierten Studien, Fallberichten etc.) getroffen werden; die Beweisfindung erfolgt dabei durch statistische Verfahren. EBM steht damit im Gegensatz zu Behandlungsformen, für die kein statistischer Wirksamkeitsnachweis vorliegt.

FRÜHE ERKENNTNISSE UND KONTROVERSEN ZUR SUCHT

Bereits im Jahr 1890 wurde die Sucht als Krankheit erkannt und die Bedeutung der Arzt-Patient-Beziehung, in der dem Kranken

Zitate des „Begründers“ der EBM¹

Evidenzbasierte Medizin ist der gewissenhafte, ausdrückliche und vernünftige Gebrauch der gegenwärtig besten externen Evidenz für Entscheidungen in der medizinischen Versorgung individueller Patienten. [...] Evidence-based Medicine ist nicht auf randomisierte Zuweisungsstudien und auf Metaanalysen beschränkt. Wenn in der Frage, die ein Patient aufwirft, keine randomisierte Studie durchgeführt wurde, ist nach der nächstbesten Evidenz zu suchen und diese zu nutzen.

Die Praxis der EBM bedeutet die Integration individueller klinischer Expertise und der besten verfügbaren externen Evidenz aus systematischer Forschung.

In dem Maße, wie der Grad der externen Evidenz abnimmt, muss die interne Evidenz (ärztliche Kunst, Kompetenz) zunehmen. Nur die Zunahme an interner Evidenz vermeidet in diesen Situationen eine unkontrollierbare Beliebigkeit in den Therapieentscheidungen. Denn gerade in diesen Situationen kommt der Kompetenz des Arztes, seinem Können und seiner Erfahrung die entscheidende Bedeutung zu. Die Summe aus externer und interner Evidenz muss stimmen.

mit besonderer Sorgfalt zu begegnen sei, hervorgehoben. Ebenso erkannte man bereits die Notwendigkeit der Individualisierung der Behandlung und die Bedeutung der psychischen Behandlung. Darüber hinaus erkannte man, dass man nicht allen Abhängigen das Mittel dauernd und vollständig entziehen kann (u.a. Personen, die langjährig morphiumabhängig sind und deren Organismus der Substanz bedarf) und dass sich die Stigmatisierung negativ auf die Erkrankten auswirkt, weshalb die Verwendung des Begriffes „Sucht“ vermieden wurde.

Zur selben Zeit formierten sich zwei „Lager“, die sich innerhalb des Diskurses über das Wesen der Sucht positionierten und sich vor allem hinsichtlich der Definition der richtigen und geeigneten ärztliche Haltung und der Bewertung der geeigneten therapeutischen Maßnahmen voneinander unterschieden. Diese Auseinandersetzung lässt sich besonders deutlich in der Einstellung zur Anwendung von Zwang in der Behandlung des Morphinismus und im Zugang zum Kranken nachvollziehen.

ÄRZTLICHE KUNST IN DER BEHANDLUNG DER OPIATABHÄNGIGKEIT

Im Jahr 1956 beschrieb die US-amerikanische Psychiaterin Marie Nyswander, energische Verfechterin der Anerkennung der Sucht als Krankheit und maßgebliche Pionierin in der Anwendung der Erhaltungstherapie bei Opiatabhängigen, die Rolle des Arztes: „Die erste Aufgabe ist es, sich als

warmherzige, freundliche Autorität zu etablieren. Die Position im Leben des Patienten sollte [...] weder die angstvolle Haltung und die Kritik der Eltern noch die Strenge des Gesetzgebers duplizieren. Der Arzt muss die Überzeugung herstellen, dass er die Kämp-



© Marcin Balcerzak - iStockphoto.com

fe und Schwierigkeiten des Patienten versteht [...]. Manche Experten meinen, dass der Gebrauch von Furcht oder von Drohungen einen vergleichbaren Effekt hat. Aber jeder, der sich mit der menschlichen Natur befasst, weiß, dass derartige Maßnahmen in jeder echten Kur nur eine untergeordnete und kurzlebige Rolle spielen. [...]“²

EBM, HBM ODER EBP?

Die Kritik, dass Erfahrung, individuelle Entscheidungen und Emotionen bei der EBM nicht oder nicht ausreichend anerkannt würden, sowie die Forderung, den Wert der medizinischen Behandlung für den einzelnen Betroffenen zu beurteilen, führten zum Begriff der Value-based

Medicine. Die Betrachtung dieses Wertes im Kontext zum einzelnen Menschen (biopsychosoziales Modell) wird als Human-based Medicine (HBM) bezeichnet, wozu EBM nach Ansicht von Vertretern der biopsychosozialen Modellvorstellung und der dimensional Diagnostik bestenfalls einen ersten Schritt darstellen könne.

Evidence-based Practice (EBP) ist ein Zugang zur Krankenversorgung, in dem Gesundheitsprofis die bestmögliche Evidenz nutzen, d.h. die passendste zugängliche Information, um klinische Entscheidungen für individuelle Patienten zu treffen. EBP baut auf klinischer Expertise, dem Wissen über Krankheitsmechanismen und Pathophysiologie auf, bewertet und erweitert sie. Diese Praxis nutzt komplexe und bewusste Entscheidungsfindung, die nicht nur die verfügbare Evidenz heranzieht, sondern auch Charakteristika des Patienten, seine Situation und seine Bedürfnisse (Vorlieben) berücksichtigt. Diese Praxis anerkennt, dass Gesundheitsvorsorge individualisiert ist, immerwährenden Wandlungen unterliegt und auch Unklarheiten und Wahrscheinlichkeiten einschließt. In letzter Hinsicht ist EBP die Formalisierung eines Therapieprozesses, wie ihn die besten Kliniker bereits seit Generationen praktizieren.³

KRITIK AN DER EBM

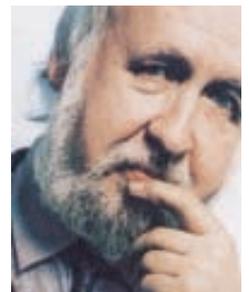
Im Lauf der Zeit wurden – neben allem Nutzen der EBM – auch zahlreiche kriti-

Kommentar von ALFRED SPRINGER*

IN DEN FUNDAMENTALEN Texten zur EBM wurde der „Alltagserkenntnis“ durchaus ein hoher Rang zugewiesen; auf irgendeine Weise gewannen aber die Ideologen des positivistischen Forschungszugangs die Oberhand und es entstand der falsche Eindruck, dass die Expertise des einzelnen Arztes oder Experten als relativ irrelevant gegenüber den Ergebnissen systematischer standardisierter Forschung eingeschätzt werden muss. Zur Verankerung dieser Interpretation trug die Hierarchisierung von „Evidenzkategorien“ entscheidend bei, die ursprünglich in den grundlegenden Texten zur EBM nicht aufscheint.

Diese Einschätzung wurde jedoch für unseren Handlungsraum insofern relevant, als sie die Grundlage dafür bildet, dass die Hierarchisierung als Waffe in der wissenschaftspolitischen und drogenpolitischen Auseinandersetzung eingesetzt werden kann. Deutlich wurde diese Möglichkeit zunächst in der Bewertung der Schweizer Heroinprojekte durch die WHO. Unseren Handlungsspielraum tangierte sie entscheidend in der Auseinandersetzung um die Verschreibung der retardierten Morphine. Der Umstand, dass innerhalb des Erfahrungswissens (der internen Evidenz) Spannungen auftraten, führte in dem

Diskurs, der damals entstand, nicht dazu, dass die Abklärung innerhalb des Spannungsfeldes betrieben wurde, sondern dazu, dass der Ruf nach externer Evidenz laut wurde und zu einer grotesken Überschätzung der Bedeutung klinischer Untersuchungen für die Praxis der Substitution führte.



* Univ.-Prof. Dr. ALFRED SPRINGER, Leiter des Ludwig Boltzmann Instituts für Suchtforschung am Anton-Proksch-Institut Wien

sche Stimmen laut. Im Folgenden seien einige häufig gehörte Kritikpunkte genannt:

- Je mehr Daten in großen Studien zusammengezogen werden, umso schwieriger ist es, den Durchschnittspatienten der Studie mit einem speziellen Patienten zu vergleichen. So sind Studien mit großen Patientenzahlen nicht ohne weiteres auf einen speziellen Einzelfall anwendbar. „Große Zahlen liefern ein statistisch gesehen genaues Ergebnis, von dem man nicht weiß, auf wen es zutrifft. Kleine Zahlen liefern ein statis-

tisch gesehen unbrauchbares Ergebnis, von dem man aber besser weiß, auf wen es zutrifft. Schwer zu entscheiden, welche dieser Arten von Unwissen die nutzlosere ist.“⁴

- Es gibt keinen Beweis dafür, dass die Behandlung nach EBM-Maßstäben für den einzelnen Patienten besser ist als die individuelle Therapieentscheidung durch den behandelnden Arzt.
- Viele bedeutsame medizinische „Fort-schritte“ wurden niemals den Bedingungen einer randomisierten prospektiven Studie unterworfen, bevor sie zu

Routinebehandlungen wurden, weil ihr günstiger Effekt völlig klar war. Beispiele schließen etwa die Appendektomie und die Entdeckung des Nutzens von Insulin für die Behandlung von Diabetikern ein.

- Fehlen von bewiesenem Nutzen und Fehlen von Nutzen sei nicht das Gleiche.

Mag. Andrea Weiss

* 5.–6. April 2008, Mondsee

- 1 Sackett, DL et al. (1996) Evidence based medicine: what it is and what it isn't. *BMJ* 312 (7023), 13 January, 71-72
- 2 Nyswander ME (1956) The Drug Addict as a Patient. Grune&Stratton, New York
- 3 McKibbin KA (1998). Evidence based practice. *Bulletin of the Medical Library Association* 86 (3): 396-401
- 4 Beck-Bornholdt H-P, Dubben H-H (2003). *Der Schein der Weisen. Irrtümer und Fehltritte im täglichen Denken.* Rowohlt Sachbuch Science, Reinbek

Unterschiedliche aktuelle Definitionen der ärztlichen Kunst

- Der primäre Zweck medizinischen Handelns besteht darin, positiv auf die Gesundheit der Patienten zu wirken und zudem hinsichtlich des Nutzens und der Kosten effizient zu sein.
- Als positive Wirkungen der ärztlichen Kunst bewertet die Medizin die Anzahl der Lebensjahre, die Patienten durch medizinische Maßnahmen gewinnen, und die Verbesserungen der gesundheitsbezogenen Lebensqualität. Bei der Definition der gesundheitsbezogenen Lebensqualität wird die allgemeine, gut bekannte Gesundheitsdefinition der Weltgesundheitsorganisation zugrunde gelegt, wonach Gesundheit eine physische, psychische und soziale Komponente hat.

In der nächsten Ausgabe der Ärzte Krone gibt Dr. Hans-Joachim Fuchs, Arzt für Allgemeinmedizin in Wien und zweiter Vorsitzender des Workshops, einen Überblick über die im Rahmen der Diskussion protokollierten Argumente der Teilnehmer zum Stellenwert der praktischen medizinischen Erfahrung im Kontext mit der Forderung nach evidenzbasierter Medizin.