

Evidenz oder Intuition?

Welche Rolle spielt die wissenschaftliche Evidenz bei ärztlichen und bei gesundheitspolitischen Entscheidungen, welche Rolle spielt die Intuition? Ein Streitgespräch¹.

Kurt Hess, Peter Heusser, Felix Huber

Kurt Hess²: Die evidenzbasierte Medizin (EBM) stellt folgende Fragen: Ist der Nutzen einer geplanten therapeutischen oder diagnostischen Massnahme grösser als der potenzielle Schaden? Wenn der Nutzen grösser ist als der Schaden, wie gross ist der Nutzen? Was kostet die Intervention, und in welcher Relation stehen die Kosten zum erwarteten Nutzen? – Welche Rolle spielen diese Überlegungen in Ihrem täglichen Handeln?

Peter Heusser³: Im täglichen Handeln richte ich mich erstens nach dem rational durchschaubaren Zusammenhang zwischen Pathologie und Therapie, und zwar sowohl in natur- wie in geisteswissenschaftlicher Hinsicht, zweitens nach allen Formen verfügbarer Evidenz, von klinischen Studien bis zu kasuistischer Erfahrung, und erst zuletzt

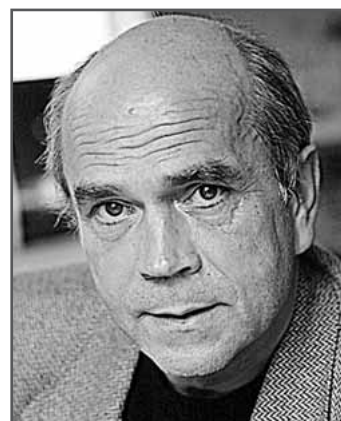
nach den Kosten, da medizinische Kriterien Priorität haben. Bei gleichwertigen Präparaten konsultiere ich die Preisliste.

Felix Huber⁴: Die klassische EBM mit ihrem strengen Anspruch an wissenschaftliche Studien spielt eine grosse Rolle in der täglichen Sprechstunde und bei der Erarbeitung von gemeinsamen Guidelines in unseren Qualitätszirkeln. Die Fragen tönen so einfach und sind oft so schwer oder gar nicht zu beantworten. Viele unserer Handlungen wurden nie nach diesen Evidenzkriterien überprüft. Es erstaunt uns immer wieder, dass wir eine Unmenge von Dingen tun, deren Nutzen nie korrekt nachgewiesen wurde.

Hess: Und welche Bedeutung hat die Intuition bei Ihren Entscheidungen?

Heusser: Die Intuition spielt in den Entscheidungen eine wichtige Rolle, weil bei uns in der Komplementärmedizin die Therapie stark individualisiert wird und weil Studien nur Durchschnittswerte und Streuungen, für das Individuum also nur Wahrscheinlichkeiten liefern. Im individuellen Fall ist deshalb oft ein intuitives Vorgehen nötig. Dabei wird eine denkerische Intuition (rational begründete Therapiewahl) von einer unbewussteren Form (Einfall ohne Begründung, «Fingerspitzengefühl») unterschieden.

Huber: Es ist keine Frage: EBM auf der Basis von randomisierten Studien kann nicht die einzige Entscheidungsgrundlage sein, wenn es um Entscheidungen über das Schicksal eines Patienten geht. EBM ist das Grundgerüst für die nutzenorientierte Beratung unserer Patienten. Darauf stützt sich die individuelle



Kurt Hess



Peter Heusser



Felix Huber

1 Die Fragen wurden schriftlich gestellt und schriftlich beantwortet.

2 Dr. med. et lic. oec. Kurt Hess ist Vorstandsmitglied des Forums Managed Care (E-Mail: kurt.hess@hin.ch).

3 Dr. med. Peter Heusser ist Dozent für anthroposophische Medizin im Rahmen der Kollegialen Instanz für Komplementärmedizin an der Universität Bern (E-Mail: peter.heusser@kikom.unibe.ch).

4 Dr. med. Felix Huber ist Facharzt für Allgemeinmedizin und Ärztlicher Leiter der MediX-Gruppenpraxis in Zürich (E-Mail: felix.huber@medix-gruppenpraxis.ch).

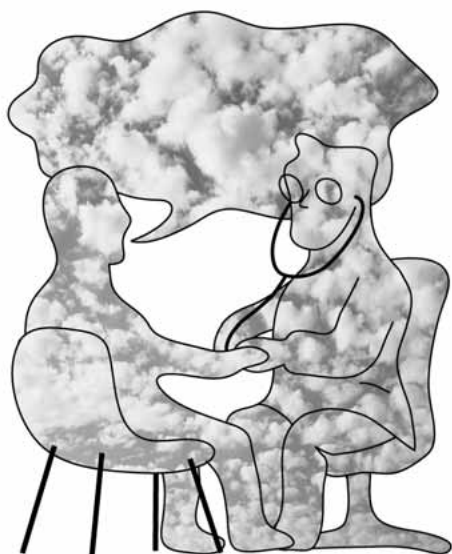
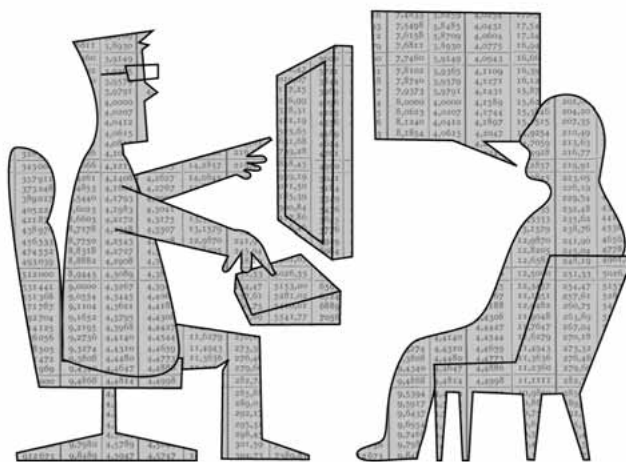


Illustration: Peter Wanner



Entscheidungsfindung mit dem Patienten in der Sprechstunde. Auf der persönlichen Ebene spielen intuitive und gefühlsbezogene Elemente mit. Schlussendlich müssen sich der Patient und der Arzt ja auf einen gemeinsamen Plan einigen.

Hess: Was ist für Sie wichtiger bei der Entscheidungsfindung, die Evidenz oder die Intuition?

Heusser: Beides ist wichtig, aber mit unterschiedlicher Funktion. Die «Evidenz» liefert bisher Bekanntes, Erfahrenes, mehr oder weniger Gesichertes. Die Intuition ist nötig, um auf dieser Basis für das aktuelle Problem die individuelle Lösung zu finden, die von der Evidenz auch abweichen kann. Medizin als bloße Anwendung von «Evidenz» ist ein geistloses, unkreatives Geschäft, für das es sich nicht lohnt, Arzt zu werden. Ein Computer kann das auch. Eine einseitige Auffassung von EBM führt zu einem Konkurs der ärztlichen Urteilskraft. Das ist nicht im Sinn des Begründers der EBM, David Sackett. Eine Ergänzung von EBM durch CBM («Cognition Based Medicine», d.h. urteilsbegründete Medizin) ist notwendig.

Huber: Ein Goldschmied benötigt die richtige Legierung und die künstlerische Ausdruckskraft. Beides gehört zusammen. Die Evidenz ist das Rohmaterial. Die Intuition stellt

den gestalterischen Freiraum unserer Arbeit dar. In der konkreten Sprechstundensituation kommt noch die Krankheitsinterpretation des Patienten und sein lebensgeschichtlich geprägtes Krankheitserleben hinzu. Beides kann zu einem beträchtlichen Abweichen vom Pfad der Evidenz führen. Ich suche mit den Patienten also nach individuellen Lösungen. Dabei bleibe ich aber in der wissenschaftlichen Medizin verankert. Der Patient hat ein Anrecht darauf, über die wissenschaftlichen Erkenntnisse informiert zu werden.

Hess: Worauf gründen Sie Ihre diagnostische und therapeutische Sicherheit?

Heusser: Diese gründe ich auf Studien, Fallbeschreibungen sowie praktische Fähigkeiten und Erfahrungen von Arztkollegen und mir selbst. Die randomisierte Studie (RCT) hat wegen ihrer eingeschränkten externen Validität (fehlende Generalisierbarkeit) für die Praxis oft keinen grösseren Wert als Praxis-adäquate Studien. Bei widersprüchlichen Resultaten von RCTs helfen manchmal auch Metaanalysen nicht weiter, denn manchmal gelangen unterschiedliche Autoren bei der Analyse derselben Studien zu unterschiedlichen Aussagen (z.B. zur Wirkung von Vitamin E bei Rheuma, zur Wirkung von Akupunktur).

Huber: In erster Linie auf mein Wissen über Ergebnisse der Evidenzforschung, dann auf meine Erfahrung und drittens auf mein Gefühl oder meine Intuition. Der Zugang zum medizinischen Wissen ist heute dank dem Internet hervorragend. Es hat eine eigentliche Demokratisierung des Wissenszugangs stattgefunden. Ich kann mir in wenigen Minuten auch über hochkomplexe medizinische Problemstellungen einen Überblick verschaffen, der bis vor kurzem den Experten oder Koryphäen vorbehalten blieb.

Hess: Mit welcher Methode würden Sie den Nachweis erbringen wollen, dass eine Massnahme Ihres Fachgebietes unwirksam oder schädlich ist und somit nicht mehr angewandt werden sollte?

Heusser: Dazu würde ich repräsentative epidemiologische Studien verwenden, zum Beispiel retrospektive oder prospektive Kohorten- oder Pharmakovigilanzstudien, das heisst Studien zur Sicherheit und Wirksamkeit der Massnahmen in der realen Praxissituation. (Ein entsprechendes Meldesystem wird für die anthroposophische Medizin derzeit in Deutschland aufgebaut.) RCTs sind durch ihre Entfernung von der realen Praxis (Patientenselektion durch klare Ein- und Ausschlusskriterien, starre Therapieschemata usw.)

oft nicht in der Lage, Schäden zu entdecken (z.B. Vioxx oder Hormonersatztherapien). Zudem sind RCTs für ganzheitliche, individualisierte, komplexe oder in kleinen Zahlen angewandte Therapieverfahren sowie für Therapien, in denen die intakte Arzt-Patienten-Beziehung einen integralen Therapiefaktor darstellt, nachweislich oft nicht anwendbar.

Huber: Ich würde mich hierzu nur auf korrekte und unabhängige Studien stützen, die genügend Evidenzkraft haben, eine Methode als unwirksam oder schädlich zu bezeichnen. Beispiele aus der jüngsten Geschichte sind die grossen und aufwändigen Studien über die Cox-2-Hemmer [1]. Ohne diese Studien hätte man die Gefährlichkeit dieser Produkte nie entlarvt. Und in ein paar Jahren erwarte ich den Nachweis, dass ein Prostata-Screening mehr Unheil anrichtet als Hilfe bietet.

Hess: Mit welcher Methode möchten Sie die Eidgenössische Leistungskommission überzeugen, dass eine neue Massnahme zukünftig in den Pflichtleistungskatalog aufgenommen werden sollte?

Heusser: Durch eine Synthese aller verfügbaren Evidenz, von kontrollierten Studien bis zur dokumentierten Praxiserfahrung. Wichtig ist dabei die Wirksamkeit in der Praxis und die Angemessenheit der Evaluationsmethoden.

Huber: Ich würde die Evidenzfragen stellen: Ist der Nutzen der geplanten Intervention grösser als der potenzielle Schaden? Wie gross ist der Nutzen? Was kostet die Intervention im Verhältnis zum Nutzen? Ich müsste nachweisen, dass meine neue Massnahme ein besseres Kosten-Nutzen-Verhältnis hat als die bisherigen Möglichkeiten und dass sie ein praxisrelevantes und nicht ein industrieerzeugtes Problem lösen will.

Hess: Aufgrund welcher Überlegungen sollen in einer Welt knapper Mittel in Zukunft Kosten-Nutzen-Entscheidungen in der Medizin getroffen werden?

Heusser: Einerseits aufgrund des Gesamtnutzens in der real behandelten Population unter Berücksichtigung

von Wirkungen, Nebenwirkungen, Lebensqualität, Patientenzufriedenheit und Kosten. Andererseits sollte in einem demokratischen Land der explizit erfragte Wille der Bevölkerung, die das Gesundheitswesen schliesslich via Steuern und Prämien finanziert, massgebend sein, nicht bloss der Wille von Kassenfunktionären und Behörden.

Huber: Man wird in Zukunft insbesondere bei der Zulassung von neuen Massnahmen nach strengen Evidenzkriterien und Kosten-Nutzen-Vergleichen vorgehen müssen. Wenn eine Intervention ein deutlich besseres Preis-Leistungs-Verhältnis aufweist, wird sie zum Standard werden und die frühere Methode ablösen. Dies schliesst aber nicht aus, dass auf der Grundlage der wissenschaftlichen Evidenz intuitive und individualisierte Entscheidungen gefällt werden können.

Hess: Wie begegnen Sie Allmachtsfantasien Ihrer fachspezifischen Kollegen und wie soll ein überbordender diagnostischer und therapeutischer Interventionismus begrenzt werden?

Heusser: Ich kenne in meinem Bereich (antroposophisch erweiterte Medizin) kaum solche Phantasien oder Interventionismen. Auch zeigt die bisher verfügbare Evidenz, dass komplementärmedizinisch tätige Ärzte insgesamt weniger Kosten verursachen als rein konventionell arbeitende Kollegen. Dirigistische Massnahmen widersprechen einem freiheitlichen Land und sind letztlich unfruchtbar, da es hier um eine soziale Gesinnung geht, die langfristig nur durch Erziehung und Ausbildung gefördert werden kann. Sanktionen gegen Wildwuchs sollten durch rechtsgültige Verhandlungen aller Partner im Gesundheitswesen etabliert werden.

Huber: Die Allmachtsfantasien können gerade mit EBM auf ein fast unerträglich tiefes Niveau gesenkt werden. Wenn wir zugeben, wie wenig wir ganz genau wissen, dann können wir bescheidener werden und dafür auch patientenbezogener arbeiten. Die Allmachtsfantasien entstammen auch einer permanenten narzisstischen

Bestätigung des Arztes durch die Patienten, unrealistischen Erwartungen der Patienten und einem gewissen Verlust des Realitätsbezugs vieler Berufskollegen in Einzelpraxen. Hier leistet der regelmässige Austausch in den Qualitätszirkeln Abhilfe. Der Interventionismus kann letztlich nur in Budgetmodellen konsequent begrenzt werden.

Hess: Welchen Tipp möchten Sie Ihrem Kontrahenten geben?

Heusser: EBM ja, aber: «EBM» setzt «MBE» (Medicine Based Evidence) voraus. Die Evidenz zeigt, dass sich je nach Kontext nicht nur die Wirkung des Placebos ändert, sondern auch diejenige des Verums! Deshalb meint Jos Kleijnen von der Universität York, dass Therapien vermehrt in ihrem optimalen Kontext geprüft werden sollten [1, 2]. Dem steht aber das bisherige EBM-Konzept entgegen. Die Frage ist, in welcher Art der Faktor Mensch ein- oder ausgeschlossen werden soll. Wird er therapeutisch eingeschlossen, dann muss dem auch die Evaluationsmethode gerecht werden.

Huber: Ich wünsche mir von Medizinern, die vorwiegend intuitiv und auf der Basis anekdotischer Erfahrung arbeiten, eine kritischere Selbsteinschätzung und bescheidener Versprechen an die Patienten. Patienten haben ein unbedingtes Recht darauf, dass die diagnostische und therapeutische Beratung die bestverfügbare wissenschaftliche Evidenz transparent macht und in die Diskussion über das Vorgehen mit einbezieht. Jedes Ausnützen einer Notlage – und was ist schwieriger zu ertragen als der unwiderrufliche eigene Zerfall aufgrund einer unheilbaren Krankheit? – ist zutiefst verwerflich. ■

Literatur:

1. Gysling E.: Vioxx, eine Wende? Pharma-Kritik 2005 (26), Nr. 10: ceterum censeo.
2. Kleijnen J et al: Placebo effect in double-blind clinical trials: a review of interactions with medications. Lancet. 1994 Nov 12; 344 (8933): 1347-9.
3. Di Blasi Z, Harkness E, Ernst E, Georgiou A, Kleijnen J.: Influence of context effects on health outcomes: a systematic review. Lancet. 2001 Mar 10; 357 (9258): 757-62.