

Berthold Musselmann, Heidelberg

Evidenz-Basierte-Medizin Gelingt die Umsetzung im Praxisalltag?

Wir brauchen die konventionelle Forschung der evidenzbasierten Medizin (EBM) vor allem für die Zulassung von Arzneimitteln und zur Erhöhung von deren Sicherheit. In den letzten Jahren konnte außerdem mit Hilfe dieser Methode die Wirksamkeit vieler Phytopharmaka dokumentiert werden, was sie faktisch auf Augenhöhe mit den chemisch definierten Medikamenten brachte. Trotzdem kann man diese Entwicklung nicht unkritisch sehen.

Die Phytotherapie hat mit diesen wissenschaftlichen Anstrengungen auch die Hoffnung verbunden, dass von der konventionellen Medizin die Tatsache, dass sie „ihre Hausaufgaben“ gemacht hatte, honoriert wird und ihre Akzeptanz entsprechend steigt. *Hat man es der Naturmedizin tatsächlich positiv angerechnet? Wurden sie deshalb gefördert?*

Die Antwort ist ernüchternd. Die Realität zeigt statt mehr an Akzeptanz der Naturmedizin und einer besseren Verständigung zwischen den unterschiedlichen Therapierichtungen einen gnadenlosen Verdrängungswettbewerb. Mit allen Mitteln und wechselnden Argumenten: Mal werden Naturheilmittel dafür bestraft, dass sie zu wenig Nebenwirkungen haben (Ausgrenzung aus der GKV-Erstattung 2004), mal werden sie wegen angeblicher Risiken in der Anwendung eingeschränkt. Pflanzliche Arzneimittel tauchen zwar inzwischen vermehrt auch in Leitlinien der Fachgesellschaften auf, aber längst nicht in dem Maß, der der vorhandenen Beweislage entspricht. Es besteht also immer noch ein erheblicher Leitlinien-Bias zugunsten der konventionellen Medizin.

Trotz zahlreicher Forschungsarbeiten in den letzten 10 Jahren und der dadurch vorliegenden Evidenz wird Naturmedizin in der ärztlichen Praxis, besonders aber in den Kliniken, weiterhin kaum berücksichtigt.

Wie sieht es mit der Umsetzung der EBM-Ergebnisse insgesamt im Praxisalltag aus?

Die EBM-Regeln, die sich im Wesentlichen auf randomisierte doppelblind kontrollierte Studien (RCT) stützen, sind für die Beantwortung der Frage „Wie wirkt eine Therapie unter sehr eng definierten Bedingungen?“ gut geeignet. Was passiert aber, wenn eine so überprüfte Therapie auf die Wirklichkeit, den Praxisalltag, trifft? Meist zeigt sich, dass EBM und die auf dieser Grundlage generierten Leitlinien für den Alltag ungenügend sind, nicht handhabbar und von Patienten und Ärzten nicht akzeptiert werden. Sie dienen also vor allem der juristischen Absicherung.

Die meisten RCT-Studien werden mit einer sehr speziellen Auswahl von Modellpatienten, häufig mit gesunden jungen Männern, durchgeführt.

Frauen, Kinder und Ältere ticken aber teilweise deutlich anders. Für sie sind deshalb diese Ergebnisse nur beschränkt relevant.

Wenn dann noch chronische Krankheiten, mehrere Medikamente und andere individuelle Faktoren hinzukommen, kann man solche Studienergebnisse in ihrer Aussage für den Einzelfall weitgehend vergessen. Allgemein gilt, dass

- auch bei exakter Beobachtung die Phänomenologie einer Krankheit oft unscharf bleibt,
- es eine große Variabilität in der Art gibt, wie einzelne Individuen die gleiche Krankheit durchmachen.

Mit der Beobachtung kommt man in der Medizin viel rascher an rationale Grenzen, als in der Physik oder anderen Naturwissenschaften, denn die medizinische Beobachtung ist weitgehend uneindeutig. Analog spielen hier Zahlen und Statistiken ebenfalls eher eine Nebenrolle. Auch wenn sie verlangt werden, weil sie Sicherheit suggerieren.

Noch ein Problem erschwert die Umsetzung der EBM-Daten im Praxisalltag: Weder sind die aktuellen Diagnose-Codes für die Hausarztmedizin tauglich – sie stammen aus einer einseitigen, hochspezialisierten Medizin – noch stimmen die Vergütungsstrukturen. Die wirtschaftlichen Anreize fördern die Verkrankung von Patienten und den Einsatz von großen Geräten. Zu Lasten von Anamnese, Befund und Heilung. Dadurch wird auch die beratungsintensive Naturheilkunde behindert. Unter den Zwängen der aktuellen Realität mit ihrer hohen Arbeitslast und dem Kostendruck haben Hausärzte ihre Kompetenz in Naturheilkunde weitgehend an Apotheker und Heilpraktiker abgeben müssen. Zum Schaden der Patienten!

In der allgemeinmedizinischen Praxis bilden die selbstlimitierenden Erkrankungen und Krankheiten in Anfangsstadien mit einer meist noch leichteren Ausprägung die Mehrheit der Fälle. Die universitäre Medizin ist für die schweren Fälle geeignet. Auch Naturheilverfahren können keine Wunder vollbringen, aber wir sollten das Gesamtergebnis naturheilkundlicher Therapien mit dem der konventionellen Medizin vergleichen und dann im System entsprechende Änderungen vornehmen.

Das versuchen wir in Heidelberg seit diesem Jahr erstmals im großen Stil und werden dazu in den nächsten drei Jahren über 100.000 Arzt-Patient-Begegnungen analysieren (**PhytoCONTENT** ist eine Vergleichsstudie, die mit Förderung durch das Komitee Forschung Naturmedizin e.V. durchgeführt wird).

Auch die aktuell geltende Hierarchie bei der Bewertung der Validität und Relevanz wissenschaftlicher Nachweise ist falsch. Es gibt im Alltag keinen „Goldstandard“, sondern – je nach Situation – viele mehr oder weniger geeignete Herangehensweisen an ein medizinisches Problem, die alle jeweils ihre Vor- und Nachteile haben.

Auf jeden Fall darf eine auf Statistik basierende Wissenschaft nicht die einzige Wissensquelle medizinischer Entscheidungen sein. Das führt zu dem, was wir heute haben: Einer verfehlten, über das Ziel hinausschießenden Medizin, die die Wünsche und Empfindungen der Patienten nicht ausreichend beachtet und an den Bedürfnissen der Wirklichkeit vorbei arbeitet.

In RCT-Studien gewonnene Daten sind nur im engen Rahmen gültig und müssen durch die Erfahrung von Ärzten und Patienten, und unter Hinzuziehung verschiedenster anderer Wissensquellen ergänzt werden. Ihr Absolutheitsanspruch führt zu stark wirkenden, insgesamt aber suboptimalen, nebenwirkungsreichen Medikamenten, die die Mehrheit der Patienten nicht nehmen wollen. Die Effekte der Phytopharmaka sind einzeln betrachtet schwächer, für die Gesundheit insgesamt sind sie aber durch die Breite ihrer Wirkmechanismen stärker wirksam, zudem sind Therapietreue und Patientenvertrauen hier meist sehr gut – und das sind die wesentlichen Heilungsfaktoren.

Ich halte fest:

Im letzten Jahrhundert wurden in der Medizin wissenschaftliche Studien eingeführt, um sie aus der Unsicherheit der dort üblichen Beobachtung und Erprobung, also von der Empirie, zu befreien, hin zu einer exakten objektiven Wissenschaft. Die mächtige Medizin mit ihren lebenswichtigen und gefahrenträchtigen Aufgaben sollte demokratisiert, die Götter in Weiß gebändigt, Gefahren wie bei Contergan verringert werden.

Dabei wurde das Kind mit dem Bade ausgekippt: Aus Halbgöttern in Weiß wurden Jünger des Götzen Statistik und Techniker. Es wurde vergessen, dass Medizin auch Erfahrungsheilkunde ist und bleibt, keine reine Wissenschaft. Die aktuelle Medizinauffassung gerät finanziell, technisch und auch fachlich immer mehr an ihre Grenzen. Große Erfolge lassen auf sich warten, neue Medikamente bleiben aus. Medizin hat sich von den Geisteswissenschaften, aber auch von neuen Entwicklungen in anderen Disziplinen abgekoppelt. Eine Sackgasse.

Was wir brauchen, ist eine Rückbesinnung auf das, was echte Evidenzbasierte Medizin nach ihrem Erfinder Sackett eigentlich ist:

Eine Erfahrungsheilkunst, bei der die Sicht und das Empfinden von Patient und Arzt neben den wissenschaftlichen Erkenntnissen stehen und ausbalanciert werden müssen.

Nur **mit** den ratsuchenden Menschen, orientiert an **ihrer** Wirklichkeit, **ihren** Lebensentwürfen, an der **Kultur**, in der wir leben, kann dauerhafte Heilung gelingen.

Dr. med. Berthold Musselmann

Lehrbeauftragter für Allgemeinmedizin und Naturheilverfahren

Akademische Lehrpraxis Universität Heidelberg

Abteilung für Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung

Tel.: 06222/ 81236

E-Mail: dr.musselmann@googlemail.com