



Interview

„Nur das beste verfügbare

Evidenzbasierte Medizin ist für viele österreichische Mediziner noch immer ein rotes Tuch – ein Missverständnis, wie der Experte Univ.-Prof. Dr. Gerald Gartlehner betont. Ein Interview über sauberes Wissen, Leitlinien sowie gute und schlechte Studien.

Das Gespräch führte Mag. Michael Krassnitzer, MAS



CliniCum: Evidenzbasierte Medizin heißt, medizinische Behandlungen möglichst auf Basis von empirisch nachgewiesener Wirksamkeit durchzuführen. Ist das in der modernen Medizin nicht ohnehin selbstverständlich?

Gartlehner: Leider nicht. Einerseits gehen 50 Prozent der Therapien auf Überlieferung oder Erfahrung zurück und wurden daher nie evidenzbasiert evaluiert. Andererseits gibt es noch recht viel Widerstand, vor allem in Österreich, gegen evidenzbasierte Medizin. Im Prinzip bedeutet evidenzbasierte Medizin aber nur die Einbeziehung des besten verfügbaren Wissens bei medizinischen Entscheidungen. Manchmal sind das kontrollierte randomisierte Studien, manchmal Anwendungsbeobachtungen.

Warum ist evidenzbasierte Medizin für so viele Mediziner ein rotes Tuch?

Das ist ein ganz fundamentales Missverständnis. Die meisten Mediziner arbeiten ohnehin evidenzbasiert. Aber in Österreich ist die Medizin sehr hierarchisch strukturiert, bestimmte Ärztegruppen haben den Schritt ins 21. Jahrhundert noch nicht getan. Sie kennen vielleicht die von der Ärztekammer in Auftrag gegebene Studie, in der christliche Moraltheologen zum Schluss kommen, dass evidenzbasierte Medizin unethisch sei, weil sie die ärztliche Kunst einschränke. Von Patienten, die in der Medizin immer im Mittelpunkt stehen sollten, ist in dem gesamten Dokument übrigens überhaupt nie die Rede.

Hat denn der Begriff der „ärztlichen Kunst“ ausgedient?

Es kommt darauf an, wie man diesen Begriff definiert. Patienten sind sehr verschieden, es wäre falsch, bei allen immer die gleiche Therapie oder Diagnostik anzuwenden. Die ärztliche Kunst besteht wohl darin, jene Patienten herauszufinden, die man anders therapieren muss, als dies evidenzbasierte Leitlinien nahelegen. Es gibt bestimmte Standards, die eingehalten werden sollen, aber es gibt immer wieder gut begründete Ausnahmen, in denen Leitlinien nicht anzuwenden sind. Der Arzt muss immer die eigene Erfahrung und den individuellen Patienten mitberücksichtigen und dann entscheiden, ob die Leitlinien wirklich passen oder nicht. Die evidenzbasierte Medizin stützt sich auf drei Säulen: das beste verfügbare Wissen, die ärztliche Erfahrung und – was leider oft vergessen wird – Patientenpräferenzen.

Oft wird der Vorwurf erhoben, dass Kostenträger die – angeblich – fehlende Evidenz vorschieben, um sich vor der Bezahlung bestimmter Behandlungen zu drücken. Ist das so?

Natürlich gibt es auch Missbrauch des Konzeptes der evidenzbasierten Medizin. Manches, was Entscheidungsträger festlegen, trägt nur das Mäntelchen einer evidenzbasierten Entscheidung. Aber mir geht es um die Einbeziehung des besten verfügbaren Wissens, um eine ideale Entscheidung für den einzelnen Patienten oder für das Gesundheitssystem zu treffen. Manchmal bedeutet

Wissen“

Zur Person

Univ.-Prof. Dr. Gerald Gartlehner, MPH, ist Leiter des Departments für Evidenzbasierte Medizin und Klinische Epidemiologie an der Donau-Universität Krems, stellvertretender Direktor des Research Triangle Institute International – University of North Carolina Evidence-based Practice Center in den USA und Direktor der österreichischen Cochrane-Zweigstelle. Sein Arbeits- und Forschungsschwerpunkt liegt in der Evaluierung der Wirksamkeit und Sicherheit von medizinischen Interventionen. Zusätzlich beschäftigt sich der ausgebildete Allgemeinmediziner mit evidenzbasierter Präventionsmedizin, insbesondere Screening. Gartlehner, der sich 2011 im Fach Epidemiologie an der Medizinischen Universität Wien habilitierte, hat zahlreiche Fachartikel in den Gebieten evidenzbasierte Medizin und Public Health publiziert.

dies auch, etwas nicht zu tun. Es gibt in Österreich genügend Beispiele von Behandlungen, die nicht dem besten medizinischen Wissen entsprechen.

Zum Beispiel?

Es gibt in Österreich große Schwankungen, welche Diagnostik oder Therapien bei ähnlichen Patienten durchgeführt werden. So unterscheidet sich beispielsweise die Rate an Bluttransfusionen bei Patienten nach Implantation einer Hüftendoprothese enorm von Krankenhaus zu Krankenhaus. In manchen Spitälern bekommen 20 Prozent der Patienten nach der Operation eine Bluttransfusion, in anderen sind es 80 Prozent. Das lässt sich nicht mit unterschiedlichen Patienten erklären oder mit ärztlicher Kunst – beides gleichzeitig kann nicht richtig sein: Entweder werden manchen Patienten Bluttransfusionen vorenthalten, die sie brauchen, oder andere bekommen Transfusionen, die sie nicht brauchen würden, mit allen medizinischen Risiken, die mit einer Bluttransfusion einhergehen.

Fehlt Ärzten nicht oft die Zeit, Studien zu lesen? Und den Entscheidungsträgern die medizinischen Kenntnisse, um Studien überhaupt zu verstehen?

Wenn Ärzte das grundlegende Rüstzeug nicht haben, dann stehen sie jeder Manipulation durch die pharmazeutische Industrie offen. Aber auch von den Entscheidungsträgern würde ich mir wünschen, dass sie systematische Übersichtsarbeiten einbeziehen, bevor sie Entscheidungen treffen. Für die Anschaffung von Tamiflu zum Beispiel wurde sehr viel Geld investiert, ohne dass man sich vorher die Evidenz angesehen hätte. Objektives, sauberes Wissen in zusammengefasster Form ist aber vorhanden, wenn man sich Zugang zu bestimmten Ressourcen verschafft. Die Cochrane Collaboration – ein internationales Netzwerk von Ärzten, Wissenschaftlern und Epidemiologen – erstellt systematische Übersichts-

arbeiten, die das beste verfügbare Wissen für Behandlungen zusammenfassen. Für medizinische Laien gibt es auch „plain language summaries“, die in sehr einfacher Sprache verfasst sind. Das Land Niederösterreich stellt allen Spitalsärzten den Zugang zur Cochrane Library gratis zur Verfügung. An der Donau-Universität bieten wir auch Kurse an, wo jeder lernen kann, wie man Studien kritisch liest.

Welche Tipps haben Sie für das kritische Lesen von Studien?

Man muss sich die wesentlichen methodischen Komponenten einer Studie anschauen. Zum Beispiel: Wie wurde randomisiert? In einer Studie aus Österreich, die ich immer als negatives Beispiel heranziehe, wurde die Randomisierung folgendermaßen gemacht: An geraden Tagen wurden die Patienten der Probandengruppe der Studie zugewiesen, an ungeraden der Kontrollgruppe. Da ist vorhersehbar, welche Patienten in welche Gruppen kommen. Der Arzt könnte versucht sein, jene Patienten, von denen er weiß, dass sie ihre Medikamente nicht einnehmen, an einem ungeraden Tag einzubestellen, damit diese in die Kontrollgruppe kommen.

Ist so etwas Nachlässigkeit oder Absicht?

Die Ursache einer schlechten Randomisierung ist in der Regel fehlendes methodisches Wissen. Manipulation findet eher bei der Auswertung von Studien statt.

Wie ist eigentlich das zahlenmäßige Verhältnis zwischen guten und schlechten Studien?

Das ist von Gebiet zu Gebiet extrem unterschiedlich. Kardiologische Studien zum Beispiel werden meist sehr gut gemacht. Eine Übersichtsarbeit auf dem Gebiet der Psychotherapie hingegen hat unlängst gezeigt, dass 60 Prozent aller Studien wirklich schlecht gemacht waren – und zwar meist aus vermeidbaren Gründen wie etwa schlechter Randomisierung. Die Psychotherapie hat diesbezüglich noch einiges an Aufholbedarf.

Vielen Dank für das Gespräch!

Auf den Punkt gebracht

- 1. Wo liegen Ihre Stärken im Management?**
Ich glaube an eine partizipative, motivierende Teamführung.
- 2. Sind Sie ein Teamarbeiter?**
Zu 100 Prozent, anders geht es nicht.
- 3. Können Sie gut delegieren?**
Ja, die Übertragung von Verantwortung schafft bessere Produkte. Mikro-Management tötet die Kreativität der Mitarbeiter.
- 4. Welche Fähigkeit möchten Sie gerne verbessern?**
Eigentlich alle Fähigkeiten – es gibt nichts, wo ich nicht das Gefühl habe, ich könnte noch viel lernen.
- 5. Was bringt Sie auf die Palme?**
Unprofessionelles, ignorantantes Handeln.
- 6. Die größte Hürde in Ihrem Leben/bei Ihrer Karriere war ...**
Der österreichische Kleinmut, den man als Österreicher erst einmal überwinden muss.
- 7. Ein besonderer Glücksfall in Ihrer Karriere:**
Die Unterstützung durch meine Frau, die als Native Speaker meine Publikationen kritisch liest.
- 8. Wie bauen Sie Stress ab?**
Laufen im Prater