

Stellungnahme

Deutsches Netzwerk
Evidenzbasierte Medizin e.V.



Berlin, den 10.08.2016

Stellungnahme des DNEbM zu EbM und Leitlinien

Evidenzbasierte Medizin bedeutet nicht ungeprüftes Befolgen von Leitlinien.

In den Medien wird immer wieder der Eindruck erweckt als wäre evidenzbasierte Medizin gleichzusetzen mit Befolgen von Leitlinien. Das ist ein Irrtum. Ein aktuelles Beispiel dazu ist der Bericht von Harro Albrecht in DIE ZEIT (1).

Evidenzbasierte Medizin (EbM) ist die Integration von bestverfügbarer wissenschaftlicher Erkenntnis, klinischer Expertise und Patientenwerten. Klinische Expertise definiert sich in diesem Kontext als die Fähigkeit, medizinisches Wissen unter Berücksichtigung der spezifischen Bedingungen und Präferenzen des Patienten zu nutzen, um dem Patienten optimale Entscheidungen zu ermöglichen (2).

Das Deutsche Netzwerk Evidenzbasierte Medizin (DNEbM) nennt in seinem „mission and vision statement“ die evidenzbasierte informierte und partizipative Patientenentscheidung als ein vorrangiges Ziel (www.ebm-netzwerk.de/wer-wir-sind/vision-mission). Das Patientenrechtegesetz aus dem Jahr 2013 legitimiert den Anspruch der Patienten und Patientinnen auf eine Aufklärung, die eine informierte Partizipation an medizinischen Entscheidungen erlaubt (www.patienten-rechte-gesetz.de). Kürzlich wurde im Deutschen Ärzteblatt sogar gefordert die „informierte Patientenentscheidung“ als patientenrelevanten Ergebnisparameter bei der Nutzenbewertung gleichwertig zu Mortalität, Morbidität und Lebensqualität anzuerkennen (3).

Leitlinien versuchen den aktuellen Wissensstand für Ärzte aufzubereiten und sprechen Handlungsempfehlungen aus. Obwohl es in Deutschland erhebliche Bemühungen gibt, Leitlinien nach den Kriterien der Evidenzbasierten Medizin zu entwickeln, gibt es weiterhin oftmals Interessenkonflikte und methodische Schwächen der Leitlinien. Aber auch Empfehlungen, die in qualitativ hochwertigen Leitlinien ausgesprochen werden, müssen durch den Arzt auf ihre Anwendbarkeit geprüft werden.

Nach dem Konzept der EbM ist die Rolle des Arztes abzuwägen, welche der wissenschaftsbasierten Optionen für den individuellen Patienten aus medizinischer Sicht in Frage kommen. Er muss prüfen, ob die Ergebnisse aus wissenschaftlichen Studien bzw. den Leitlinien auf den individuellen Patienten mit seinen spezifischen Begleiterkrankungen oder Lebensbedingungen übertragbar und anwendbar sind. Beispielsweise können Patienten mit einer begrenzten Lebenserwartung durch Alter oder schwere Begleiterkrankungen von präventiven Verfahren meist nicht mehr profitieren, werden jedoch durchaus den unerwünschten Nebenwirkungen und Risiken der Behandlungen ausgesetzt. Die Abschätzung der Prognose des individuellen Patienten im Kontext der Evidenz ist eine der wichtigsten und verantwortungsvollsten ärztlichen Tätigkeiten (4).

Stellungnahme

Deutsches Netzwerk
Evidenzbasierte Medizin e.V.



Berlin, den 02.03.2016

Schließlich muss der Patient in die Entscheidung mit einbezogen werden (5). Dies gilt vor allem für planbare Entscheidungen und für medizinische Eingriffe, zu denen es mehrere Behandlungswege gibt. In jedem Fall muss erklärt werden, wie der Verlauf der Beschwerden bzw. der Krankheit wäre, wenn keine Intervention erfolgen würde. Dazu müssen evidenzbasierte Informationen präsentiert werden mit Angaben zum persönlichen Risiko, allen Behandlungsmöglichkeiten, einschließlich der Option der Nicht-Behandlung, sowie den Erfolgsaussichten und den möglichen Risiken. Die Informationen müssen vollständig, unabhängig und verständlich sein. Das Deutsche Netzwerk Evidenzbasierte Medizin hat hierzu eine Anleitung zur Erstellung solcher Patienteninformationen in der Guten Praxis Gesundheitsinformation (GPGI) veröffentlicht (6).

Die Qualität ärztlichen Handelns kann daher nicht am Grad der Befolgung von Empfehlungen in medizinischen Leitlinien gemessen werden. Vielmehr muss berücksichtigt werden, in welchem Ausmaß dem Patienten informierte Entscheidungen zu evidenzbasierten Behandlungswegen ermöglicht werden (5,7).

Voraussetzung für eine Umsetzung von patientenorientierter Medizin ist, dass die Ärzte die notwendigen Kompetenzen der EbM beherrschen und diese unabhängig von kommerziellen Interessen anwenden. Hierzu gibt es erheblichen Optimierungsbedarf.

Literatur

- 1) Harro Albrecht. Was braucht der Patient? Im Gesundheitssystem zählen Leistungen, die abgerechnet werden können - der Mensch ist oft zweitrangig. Das muss sich ändern. Die Zeit vom 14.07.2016
- 2) Guyatt G, Cook D, Haynes B: Evidence based medicine has come a long way. The second decade will be as exciting as the first. BMJ 2004; 329: 990–991
- 3) Rummer A, Scheibler F. Patientenrechte: Informierte Entscheidung als patientenrelevanter Endpunkt. Dtsch Arztebl 2016; 113: 322-324
- 4) McCartney M, Treadwell J, Maskrey N, Lehman R. Making evidence based medicine work for individual patients. BMJ. 2016 May 16;353:i2452. doi: 10.1136/bmj.i2452
- 5) Mühlhauser I, Meyer G. Evidenzbasierte Medizin. Klarstellung und Perspektiven. Dtsch Arztebl 2016; 113: A 486-488
- 6) Arbeitsgruppe GPGI: Gute Praxis Gesundheitsinformation. Z Evid Fortbild Qual Gesundheitswesen (ZEFQ) 2016; 110: 85–92
- 7) Spatz ES, Krumholz HM, Moulton BW. The new era of informed consent: getting to a reasonable patient standard through shared decision making. JAMA. 2016 May 17;315(19):2063-4. doi: 10.1001/jama.2016.3070

Für das DNEbM:

Univ.-Prof. Dr. med. Ingrid Mühlhauser
1. Vorsitzende