



FOTOS: NORBERT EIMER

Assistenzarzt Runkel mit Patientin Änni H., Internist Franz bei Röntgenbesprechung, Chefarzt vom Dahl bei endoskopischem Eingriff,

GESUNDHEIT

„Wir lernen, uns zu wehren“

„Evidenzbasierte Medizin“ gilt vielen als Zauberformel, die eine bessere und billigere Heilkunst verspricht. Das simple Rezept: Ärztliches Handeln müsse sich am neuesten Stand des Wissens orientieren. Was so selbstverständlich klingt, könnte Kliniken und Praxen grundlegend verändern.

Herbert D., 64, aus Köln, ist zwar kein Herzspezialist, er ist vielmehr Disponent bei einem Taxiunternehmen. Aber den Kern seiner komplizierten Krankengeschichte hat er durchaus erfasst: „Es gibt kaum ein Risiko“, sagt er und seufzt tief, „das ich nicht habe.“

In der Tat: D. ist Diabetiker, hat schon einen Herzinfarkt und eine Bypass-Operation hinter sich; ein Stent wurde ihm zum Offenhalten seiner Herzkranzgefäße eingepflanzt, und ab und zu fangen zu alledem auch noch seine Herzvorhöfe an zu flimmern.

Herzspezialisten hat D. deshalb schon einige kennen gelernt. Und eigentlich dachte er, ihn könne, was seine Behandlung anbetrifft, nichts mehr überraschen.

Doch jetzt liegt er im St. Franziskus-Hospital in Köln-Ehrenfeld. Und plötzlich ist alles anders. Nicht die Einrichtung des Krankenzimmers – die ist so nüchtern wie überall. Nicht die Art der Medikamente – es gibt hier weder Homöopathie noch Akupunktur, sondern reinste Schulmedizin. Nein, es ist die Art, wie der Arzt, der jetzt neben seinem Bett sitzt, mit ihm spricht.

Denn Eberhard Jennen, Oberarzt der Inneren Abteilung, sagt nicht: „Was Ihnen Diabetes angeht – da sollten wir es jetzt mal mit Insulin versuchen, das ist das Beste für Sie.“ Er sagt: „Es gibt da eine wissenschaftliche Studie, die hat gezeigt: Wenn man nach einem Herzinfarkt neun Patienten mit Diabetes, die ähnlich schwer krank sind wie Sie, mit Insulin statt mit Pillen behandelt, dann kann man dadurch bei einem von diesen neun Patienten das Leben verlängern. Jetzt müssen Sie entscheiden, ob Sie diese Behandlung wollen.“

Selbst entscheiden? D. stutzt. „Was heißt: bei einem von neun?“, fragt er unsicher. „Ist das viel?“ „Nun“, erwidert Jennen, „das ist schwer zu sagen. Ob das viel oder wenig ist, kann nur jeder für sich entscheiden. Manche halten es schon für einen großen Effekt, wenn jeder 50. von einer Behandlung profitiert.“ D. wird nachdenklich. „Insulin spritzen, das war immer ein Schreckgespenst für mich“, sagt er dann. „Aber bei einem von neun – das ist doch klar, das mache ich!“

Die Art von Medizin, die in der Inneren Abteilung des St. Franziskus-Hospitals betrieben wird und die D. zunächst so irritierte, nennt sich „evidenzbasierte Medizin“ (EbM) – und ist derzeit einer der heißesten Trends in der Heilkunde.

Als eine Art Gründungsdatum der Bewegung gilt das Erscheinen eines Aufsatzes des kanadischen Arztes David Sackett im „British Medical Journal“ vom 13. Januar 1996. „Evidenzbasierte Medizin zu betreiben“, definierte er damals, „heißt, die eigene klinische Erfahrung zu verbinden mit dem besten zur Verfügung stehenden Wissen aus systematischer Forschung.“

Eigentlich, sollte man meinen, müsste dies doch selbstverständlich sein. Tatsächlich jedoch mutet die kleine Schar von Ärzten, die diesen Ansatz konsequent verfolgt, mitunter an wie eine subversive Untergrundorganisation. Zwar behaupten fast alle Mediziner von sich, ihr Handeln beruhe auf wissenschaftlichen Grundsätzen. In Wirklichkeit aber herrscht gerade in Deutschland vielerorts noch die „Eminenzbasierte Medizin“: „Was der Chef sagt,



Oberarzt Jennen: *Ob eine Behandlung wirklich sinnvoll ist, muss jedes Mal neu zwischen Mediziner und Patient verhandelt werden*

stimmt“ – zur Not auch ohne wissenschaftliche Basis.

Hinzu kommt, dass das Medizinsystem beherrscht wird von vielfältigen Interessen: Für Pharmaindustrie und Gerätehersteller geht es um einen Milliardenmarkt, für die Krankenkassen um Millionen zahlender Kunden und für die Kliniken nicht selten ums Überleben. Wissenschaftliche Erkenntnisse werden da oft wunschgemäß zurechtgebogen – meist undurchschaubar nicht nur für die Patienten, sondern auch für viele Ärzte.

Doch je knapper die Ressourcen im Gesundheitssystem werden, desto mehr Anhänger findet die neue Form der Wissensmedizin. In der privaten Reformuniversität Witten/Herdecke etwa gehört sie inzwischen fest zum Curriculum. Andere Universitäten bieten zumindest Einführungskurse an. Hausarztverbände, ja selbst einige der traditionell sehr konservativen Kassenärztlichen Vereinigungen organisieren Fortbildungskurse für Niedergelassene. Und immerhin 600 deutsche Ärzte sind inzwischen in Verbänden wie dem „Netzwerk Evidenzbasierte Medizin“ organisiert.

Vielen von ihnen gilt die neue Art der Heilkunde geradezu als Wunderrezept gegen den Wildwuchs unsinniger Therapieformen und die Verschwendung von Kassengeldern. Vor allem aber geht es ihnen um eines: unabhängig zu werden von interessengesteuerten Wissensquellen – von Pharmareferenten, die ihr Produkt mit scheinbar wissenschaftlichen Argumenten anpreisen, dabei aber die unliebsamen Fakten verschweigen; bunten Werbebroschüren der Gerätefirmen, die täglich stapelweise in jede Praxis flattern, und Publikationen wie etwa

der „Ärztezeitung“, die vorgeben, neutral zu berichten, tatsächlich aber abhängig sind von den Anzeigen der Industrie.

„Wir lernen hier, uns zu wehren“, so drückt es die Hautärztin Marianne Winterscheidt aus, die bereits an mehreren EbM-Fortbildungskursen teilgenommen hat. Dazu müssen viele Ärzte zunächst einmal lernen, wie man die entscheidenden wissenschaftlichen Original-Veröffentlichungen überhaupt findet: Wie aus der riesigen Fülle medizinischen Wissens die jeweils passenden Studien herausfiltern? Wie dann deren Qualität beurteilen? Und vor allem: Wie die Ergebnisse deuten? „Im Prinzip“, sagt der Internist Heinrich Franz, noch bis vor kurzem Oberarzt am St. Franziskus-Hospital und inzwischen Chefarzt der Medizinischen Klinik I des St. Marien-Krankenhauses in Siegen, „bringen wir den Ärzten bei, wie man Studien richtig liest.“

Im St. Franziskus-Hospital selbst passiert das immer mittwochs um 13 Uhr. Eingeführt hat dies vor etwa sechs Jahren der ehemalige Chefarzt Peter Sawicki, der inzwischen Leiter des neugegründeten Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen ist. „Als ich damals von der Uni nach Ehrenfeld ging“, sagt er, „wollte ich wissen, ob man EbM auch an einem ganz normalen Krankenhaus machen kann.“ Auch der neue Chefarzt, Stephan vom Dahl, führt die Konferenzen weiter. „Obwohl ich manches an der evidenzbasierten Medizin kritisch sehe“, sagt er, „finde ich es gut, dass auch an einem Krankenhaus, das keine Uniklinik ist, wissenschaftlich fundierte Medizin gemacht wird.“

An diesem Mittwoch sitzen sieben Ärzte im Besprechungszimmer um einen Tisch

herum, in der Mitte ein Tablett mit belegten Brötchenhälften und eine rote Thermoskanne. Stets geht es bei den Mittwochskonferenzen um ganz praktische Fragen: „Wie behandle ich einen Herzinfarkt bei einem Diabetiker?“ (Insulin nicht vergessen, das bringt einen erstaunlich großen Nutzen), „Hat moderater Alkoholkonsum einen positiven Einfluss auf die Denkleistung älterer Frauen?“ (Nein, aber auch keinen deutlich negativen) oder „Wie gehe ich beim Verdacht einer tiefen Beinvenenthrombose vor?“ (Nicht selten reicht eine einfache Ultraschalluntersuchung). Das Thema heute: „Können hochdosierte Vitamine Darmkrebs verhindern?“

Franz, der diesmal die Fortbildung leitet, wirft das erste Dia an die Wand. Eine Stunde lang schwirren dann Begriffe wie „relative Risikoreduktion“ und „Drop-out-rate“ durch den Raum. Danach steht fest: Nein, die Vitamine bieten keinen Schutz vor Darmkrebs. Im Gegenteil: In bestimmten Fällen können sie sogar gefährlich sein.

Die komplizierten Regeln der Statistik zu verstehen, sagt Franz, sei „ein mühsamer Lernprozess“. Doch nur, wer die Zahlen selbst richtig deuten könne, sei unabhängig von den möglicherweise beschönigenden Interpretationen anderer.

So gaukelt gerade die gern zitierte „relative Risikoreduktion“ oft eine besonders starke Wirkung eines Medikaments vor. Bei genauerer Betrachtung jedoch löst sich diese häufig in Luft auf. Leicht wird zum Beispiel die Empfehlung: „Wenn Sie dieses Medikament nehmen, sinkt Ihr Schlaganfallrisiko um 50 Prozent“ dahingehend missverstanden, dass das Schlucken dieser



PHANIE / SUPERBILD

Risiko Fettsenker

Jedes Jahr werden in Deutschland für 1,1 Milliarden Euro bestimmte Fettsenker, die sogenannten Statine, verschrieben – allerdings oft an die falschen Patienten. So ist nicht belegt, dass Statine das Leben von Menschen verlängern können, die zwar einen erhöhten Cholesterinspiegel haben, ansonsten aber gesund sind; trotzdem werden ihnen häufig Statine verschrieben. Von 100 Männern jedoch, die an einer Verengung der Herzkranzgefäße leiden, kann innerhalb von fünf Jahren zwei durch Statine das Leben gerettet werden, und zwar weitgehend unabhängig von der Höhe ihres Cholesterinspiegels; trotzdem bekommen solche Patienten häufig keine Statine. Evidenzbasierte Medizin könnte hier helfen, die knappen Ressourcen der Krankenkassen sinnvoller zu verteilen.

vehementen EbM-Verfechter, stimmt Franz zu: „Das Verhältnis zu den Patienten ändert sich“, erzählt er. „Es ist gut, klar und ehrlich zu sein.“ – Und zwar auch, wenn der Arzt einmal keine Antwort wisse. „Dann teilt der Arzt seine Unsicherheit eben mit dem Patienten.“

Immer klappt das allerdings nicht. Hausarzt Thomas Joist aus Köln zum Beispiel, der als Lehrbeauftragter der Kölner Universität selbst Studenten in evidenzbasierter Medizin unterrichtet, fürchtet in seiner Praxis den „Druck der Straße“: „Wenn ich ein bestimmtes Medikament nicht verschreiben will“, erklärt er, „sagen die Patienten ganz schnell: ‚Der verweigert mir Hilfe!‘ und rennen zu einem anderen Arzt.“

Auch Sawicki räumt ein, die Wissensmedizin sei nicht für jeden Patienten etwas. Manche seien schlicht damit überfordert, selbst zu entscheiden. Andere scheren sich wenig um die nüchternen Fakten.

So geht es auch Änni H. aus Köln, die an Vorhofflimmern des Herzens leidet. Weil sich dabei im Herzen Blutpfropfen bilden können, die ins Gehirn wandern und dort einen Schlaganfall auslösen können, muss ihr Blut mit einem Medikament verdünnt werden. Doch es gäbe zusätzlich auch die Möglichkeit, das Herz durch einen gezielten Stromstoß wieder in den richtigen Takt zu bringen.

„Zunächst einmal klappt es bei 90 Prozent der Patienten“, erklärt ihr René Runkel, Assistenzarzt am St. Franziskus-Hospital. „Nach einem Jahr allerdings hat schon ein Viertel der Patienten wieder Vorhofflimmern. Und das Medikament zur Blutverdünnung sollten Sie, zumindest in der ersten Zeit, auch wenn es gut geklappt hat, weiternehmen.“

Jetzt soll sich Änni H. entscheiden. „Das ist gar nicht so einfach...“, beginnt sie un-

Pille jeden zweiten vor einem Hirnschlag bewahre.

In Wirklichkeit ist der Effekt erheblich geringer, und vor allem hängt er entscheidend davon ab, wer das Medikament einnimmt: Es profitieren besonders ältere Patienten mit hohem Blutdruck und Arteriosklerose, die womöglich sogar schon einen Infarkt hinter sich haben. Bei ihnen kann es durchaus sein, dass jeder Zehnte unbehandelt binnen fünf Jahren einen Schlaganfall erleiden würde, dank des Medikaments, das dieses Risiko halbiert, jedoch nur jeder 20. Aber selbst in diesem Fall würden 19 Patienten die Pille einnehmen, ohne dass sie einen Vorteil davon hätten.

Wesentlich schlechter jedoch sieht die Bilanz für jüngere, gestündere Menschen aus, die ohnehin nur ein Schlaganfallrisiko von eins zu tausend haben. Bei ihnen hilft ein Medikament, das das Risiko halbiert, nur jedem 2000., bei 1999 anderen bliebe die Behandlung ohne jeden Effekt.

Das Beispiel zeigt: Gerade die „number needed to treat“, also die Anzahl der Patienten, die eine bestimmte Zeit lang mit einem Medikament behandelt werden müssen, damit einer von ihnen tatsächlich davon profitiert, veranschaulicht am besten, wie wirksam ein Arzneimittel für eine bestimmte Patientengruppe ist. Diese Zahl jedoch steht weder auf dem Beipackzettel, noch ist es üblich, sie in Zeitungsartikeln für Ärzte oder Patienten zu erwähnen. Ja, oft steht sie nicht einmal in der Originalveröffentlichung – wer sie wissen will, muss sie sich selbst ausrechnen können.

Wer das tut, stellt schnell fest: Unbemerkter von vielen, wurde in den vergangenen Jahren die Grenze zwischen gesund und behandlungsbedürftig immer weiter verschoben – hin zu immer Gesünderen. „Wenn einer von 200 Patienten einen Vorteil hat“, sagt Sawicki, „dann wird das heute schon als Riesenerfolg gefeiert.“

Zwar bietet auch die EbM kein objektives Maß, wo die Grenze zwischen Krankheit und Gesundheit zu ziehen ist. Ab wel-

chem Wert der magischen „number needed to treat“ – ab 5, 20, 50, 100 oder 400 – ist eine Behandlung sinnvoll? Das muss, wie im Gespräch von Oberarzt Jennen mit Herrn D., jedes Mal neu zwischen Arzt und Patient verhandelt werden.

„Immerhin wissen dann aber beide, wovon sie reden“, sagt Dirk Mecking, Hausarzt aus dem Ruhrpott und Leiter von Evidenz-Fortbildungen. Und wenn ein Patient in die Praxis komme und unbedingt nach einem bestimmten Medikament verlange, dann schreke er womöglich doch zurück, wenn er hört, dass dieses Mittel überhaupt nur bei jedem 400. Patienten anschlägt.

„Evidenzbasierte Medizin“, sagt Franz, „ist ein kontinuierlicher, die Menschen und das ärztliche Handeln verändernder Lernprozess.“ Der Arzt verstehe sich nicht mehr als Autoritätsperson, sondern als Berater des Patienten. Walter Dresch, Hausarzt aus Köln und ebenfalls seit Jahren ein



MATTHIAS JUNG

EbM-Verfechter Sawicki: „Jede Therapie ist prinzipiell erst einmal ein Schaden“

sicher und wendet sich an Runkel: „Sie sind der Fachmann – was sagen Sie?“ „Ich habe Ihnen die Fakten erklärt“, erwidert der Arzt, „jetzt müssen Sie das leider selbst entscheiden.“

Schließlich verkündet H. ihren Entschluss: „Ich glaube, ich bleibe bei meinem Medikament. Für mich zählen nicht all die vielen Procente. Vor den Stromstößen habe ich einfach Angst!“

Wiegt diese Angst schwerer als alle Vernunft? Eigentlich zählt H. zu denjenigen, für die die EbM ersonnen wurde. „Gut helfen kann man damit vor allem denen, die als Kunden mit einem konkreten Problem zu einem kommen“, sagt Sawicki. Den vielen Patienten hingegen, die ohne nachweisbare körperliche Leiden zum Arzt kommen – Untersuchungen zufolge sind dies immerhin 30 bis 50 Prozent der Patienten in einer Hausarztpraxis –, denen müsse man ohnehin anders gerecht werden. Oft geht es nur darum, ihnen einmal aufmerksam zuzuhören.

Aber nicht nur die Beziehung zu ihren Patienten müssen Ärzte, die evidenzbasiert arbeiten wollen, ändern. Grundsätzlich verschieden ist auch der Umgang mit den eigenen Erfahrungen. Während für die meisten Ärzte gerade die Erfahrungen, die sie selbst gemacht haben, eine enorme Beweiskraft haben („Dem einen Patienten hat das Medikament wunderbar geholfen, also wird es dem anderen auch helfen!“), heißt es bei der neuen Form der Wissensmedizin, den eigenen Erfahrungen zunächst einmal zu misstrauen.

Zum Beispiel steht bei weitem nicht alles in einem ursächlichen Zusammenhang, was auf den ersten Blick so aussieht – wie im berühmten Fall der Storchenstatistik: Die Anzahl der Storchennester nahm in Mitteleuropa in den siebziger Jahren dramatisch ab, gleichzeitig sank die Geburtenrate – ein Beweis dafür, dass doch der Storch die Kinder bringt?

So absurd es sich auch anhört – die Geschichte der Medizin ist voll von Beispielen, bei denen Ärzte ähnlichen Trug-



Hausarzt Dresch: „Es ist gut, klar und ehrlich zu sein“

schlüssen aufgesessen sind. Zum Beispiel war aufgefallen, dass Patienten, deren Herz nach einem Herzinfarkt zusätzliche Extraschläge machte, früher starben als der Durchschnitt. Jahrelang wurden diese Menschen deshalb mit einem Medikament behandelt, das die Extraschläge beiseitigte.

Doch verlängerte das auch wirklich ihr Leben? Erst nachdem sich die neue Herzkur längst in der klinischen Praxis eingebürgert hatte, machte sich jemand die Mühe, dieser Frage nachzugehen. Das verheerende Ergebnis: Die Behandlung hatte nicht nur nichts gebracht – sie hatte jeden 20. Patienten nach neun Monaten umgebracht. „Deshalb“, sagt Sawicki, „gilt das Prinzip: Jede Behandlung ist prinzipiell erst einmal ein Schaden, den man dem Patienten zufügt. Wenn man nicht weiß, dass man mit einer Therapie mehr nützt als schadet, darf man sie nicht machen.“

Immer wieder müssen sich die Anhänger der Wissensmedizin deshalb von Pharmaindustrie und anders gesinnten Ärzten vorwerfen lassen, sie seien fortschrittsfeindlich. Denn gerade den neuesten Medikamenten stehen sie besonders kritisch gegenüber. Meist nämlich wurde deren Wirksamkeit nur in wenigen Studien untersucht, und auch über die Nebenwirkungen ist häufig nur wenig bekannt.

Selbst auf den ersten Blick einwandfrei aussehende wissenschaftliche Studien, so das Argument der Wissensmediziner, halten einem kritischen Blick oft nicht stand. Sind vielleicht zu viele Patienten aus der Studie ausgeschieden? Das würde die Untersuchung praktisch wertlos machen. Wurde wirklich ein „harter“ Parameter wie etwa die Sterblichkeit untersucht? Oder nur ein „weicher“, zum Beispiel die Zahl der Krankenhauseinweisungen? Das hätte dann eine viel geringere Aussagekraft.

Wichtig ist auch die Frage, ob das, was in der Studie untersucht wurde, tatsächlich vorher auch so geplant war. Nur dann nämlich ist es zulässig, Schlüsse daraus zu ziehen. Oft jedoch versuchen Studienautoren, wenn nach dem ursprünglichen Plan kein eindeutiges Ergebnis herauskommt, nachträglich wenigstens für einen Teil der Patienten noch ein positives Resultat zu errechnen.

All das in der Hektik des Arztalltags zu durchschauen ist gar nicht so einfach. „Mir raucht der Kopf doch schon vor Abrechnungsziffern“, klagt etwa Hausarzt Joist. Um die Umsetzung der Wissensmedizin in die Praxis zu erleichtern, wurde deshalb zum Beispiel die internationale Cochrane Collaboration gegründet. Wissenschaftler aus der ganzen Welt erstellen in ihrem Auftrag Zusammenfassungen und Bewertun-



Risiko Vioxx

Das im Jahr 1999 eingeführte Schmerzmittel Vioxx wurde als besonders „magenfreundlich“ aggressiv vermarktet. Tatsächlich erspart die Vioxx-Therapie jedem 50. Patienten eine Magenblutung, die er als Nebenwirkung konventioneller Schmerzmittel bekommen hätte. Doch durch Kombination mit einem Magenschutzmedikament lässt sich bei herkömmlicher Therapie die Zahl der Magenblutungen sogar knapp unter Vioxx-Niveau senken. Zudem verursacht Vioxx nach einem Jahr regelmäßiger Einnahme bei jedem 100. Patienten einen Schlaganfall oder einen Herzinfarkt. Diese Fakten sind seit der Markteinführung von Vioxx bekannt gewesen. Evidenzbasierte Mediziner haben deshalb das Mittel, das im Oktober 2004 vom Markt genommen werden musste, in aller Regel nicht verschrieben.



ANDREAS RIEDWILLER / CARO

Risiko Leistenbruch-OP

Die endoskopische „Schlüssellochchirurgie“ gilt gemeinhin als besonders schonend und komplikationsarm. Auch Leistenbruchoperationen werden in vielen Krankenhäusern inzwischen überwiegend endoskopisch vorgenommen – nicht zuletzt, weil die Patienten es so wünschen. Tatsächlich verkürzt sich die Verweildauer im Krankenhaus bei dieser Methode von fünf auf vier Tage, die Patienten können früher aufstehen und haben weniger Schmerzen. Dafür jedoch treten schwere Komplikationen bei der Schlüssellochtechnik zehnmal öfter auf – nämlich bei einem von hundert Eingriffen. Eine Aufklärung auf der Basis der evidenzbasierten Medizin könnte den Patienten helfen, eine qualifiziertere Entscheidung über die von ihnen gewünschte Operationstechnik zu fällen.

Franz hinzu, „sollte man dann gut begründen können.“

Auch der Krankenhausapotheker des St. Franziskus-Hospitals ist von der evidenzbasierten Methode begeistert. „Damit zu arbeiten“, sagt Albrecht Eisert, „ist für mich das Paradies.“ So werde viel rationaler, viel durchdachter therapiert. Zum Beispiel sei im St. Franziskus-Hospital nie das kürzlich wegen gefährlicher Nebenwirkungen vom Markt genommene Schmerzmittel Vioxx verwendet worden. „Und auch den Skandalfettsenker Lipobay gab es bei uns nicht, denn es gab und gibt Fettsenker, die besser erprobt sind.“

Das rationalere Arbeiten helfe auch, Kosten zu sparen. „Seit hier evidenzbasiert gearbeitet wird“, erzählt er, „ist die Auswahl der verwendeten Medikamente drastisch heruntergegangen, von etwa 1200 auf ungefähr 930. Wir müssen also weniger vorrätig halten, und das kostet weniger.“

Außerdem fielen die sonst üblichen, aber lästigen und teuren Ausgabenpeaks weg, erklärt Eisert: „Sonst ist es doch so: Ein Oberarzt kommt aus dem Urlaub – prompt geht der Verbrauch seines Lieblingsmedikaments wieder steil nach oben.“ Das Gleiche gelte, wenn sich der Chefarzt mal wieder von einem Pharmavertreter habe bereden lassen. „Wenn man jedoch mit evidenzbasierten Leitlinien arbeitet“, so Eisert, „ist die Verschreibung personenunabhängig, das macht für mich alles viel planbarer – und damit kostengünstiger.“

Personenunabhängig – das heißt nicht nur günstiger, sondern auch demokratischer. Denn die Leitlinien gelten nicht nur für den Stationsarzt, sondern auch für den Chef. Junge Ärzte sind nicht mehr nur Befehlsempfänger, sondern können, wenn sie anderer Meinung sind, zum Ober- oder Chefarzt sagen: „Ich habe aber dazu diese Studie gelesen.“ „EbM bedeutet einen Machtverlust für den Chef“, sagt Sawicki. „Deshalb setzt sie sich auch in dem von Hierarchien geprägten deutschen Gesundheitssystem nur so schwer durch.“

Doch Sawicki hat sich viel vorgenommen. Als Leiter des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit will er im Großen fortführen, was er im Kleinen begonnen hat. Seine Hauptaufgabe: aufklären. „Und wenn die Patienten dann anfangen, ihre Ärzte nach evidenzbasierter Medizin zu fragen“, sagt er optimistisch, „dann werden die Ärzte und Krankenhäuser sie schon anbieten.“

Vielleicht macht ja der herzkrankte Herbert D. einen Anfang. „Ich gehe doch jetzt in die Reha“, wendet er sich zum Schluss an Oberarzt Jennen, „was soll ich denn machen, wenn ich dort wieder kein Insulin, sondern andere Medikamente bekomme?“ „Sie könnten Ihren Arzt zum Beispiel fragen“, antwortet Jennen, „Was nützt mir diese Tablette? Drücken Sie das doch bitte mal in Zahlen aus.“

gen – sogenannte Reviews – von wissenschaftlichen Studien zu den verschiedensten Themen der Medizin.

Im St. Franziskus-Hospital hat Sawicki nach und nach mit seinen Mitarbeitern sogenannte Leitlinien entwickelt, Handlungsanweisungen, in denen auf der Basis der vorhandenen wissenschaftlichen Studien Schritt für Schritt erklärt wird, wie bei einem bestimmten Problem genau vorgegangen werden soll. „Diese Leitlinien haben wir dann abgeheftet und ins Intranet gestellt“, erklärt er. „Dort kann sie jeder, und vor allem die noch unerfahrenen Kollegen, auch nachts um drei im Notdienst abrufen.“

Dabei sollen die Leitlinien jedoch nicht eine stur einzuhaltende Vorschrift, sondern eher eine Orientierung sein. So wird zum Beispiel derzeit unter EbM-Freunden heftig darüber gestritten, inwieweit sich das in der künstlichen Umgebung klinischer Studien gewonnene Wissen tatsächlich auf den Einzelfall übertragen lasse. „Viele meiner Patienten passen nicht zu den Studien“, sagt etwa Praktiker Joist, „zum Beispiel, weil sie viele Krankheiten auf einmal haben.“

Die wahre Kunst, so Sawicki, bestehe darin zu wissen, wann und bei welchem Patienten man auch einmal von einer Leitlinie abweichen muss. „Aber das“, fügt



ROBERT ENKER

Klinikapotheker Eisert: „So zu arbeiten ist für mich das Paradies“

VERONIKA HACKENBROCH