

Evidence-Based Medicine in der Onkologie- - Von Studenten lernen

Franz Porzsolt, Gerald Finking, Simone Göttler, Ulrich Krause, Julia Kumpf, Sven Mörk, Andrea Ohletz, Maria Schweiggart, Christian Sellenthin, Jörg Sigle, Maria Schweiggart, Melinda Szenthe, Anke Thim, Horst Kächele

... dass alles im Fluss ist, weiss jeder, es ist uns häufig nur nicht bewusst. So ist eben auch das Verständnis der Evidence-Based Medicine (EBM) kein statisches Konstrukt sondern passt sich unserer Sichtweise der Umwelt an. Es ist heute keine Frage mehr, dass wir uns mit Ethik in der Medizin beschäftigen müssen, dass wir Kommunikation lehren müssen und dass jeder in der Lage sein sollte, valide und bedeutende wissenschaftliche Information von unzutreffenden und unbedeutenden Daten zu unterscheiden.

Gerade in der Onkologie stehen wir – mehr als in anderen Fächern – vor dem Problem, nur dann ethisch handeln zu können, wenn wir unseren Patienten tatsächlich sagen können, in welchen Situationen der zu erwartenden Therapieerfolg die Belastungen der Therapie rechtfertigt. Es sind überwiegend die onkologischen Patienten, die höchste Anforderungen an die Kommunikationsfähigkeit des Arztes stellen, und es ist charakteristisch für die Situation des onkologischen Patienten, dass er häufig ohne Vorwarnung, aus dem Alltag heraus, mit dem drohenden Lebensende konfrontiert wird. Die Bereitschaft, nahezu alles zu glauben und jede Belastung in Kauf zu nehmen, die diese Bedrohung des Lebens – für die es keine Steigerung gibt – stellt höchste Anforderungen an die ethische Kompetenz des Arztes.

Es ist müssig zu sagen, dass Unrecht tut, wer diese Situation für persönliche Vorteile ausnützt. Es ist aber noch nicht allgemein akzeptiert, dass fahrlässig handelt, wer nicht *selbst kritisch prüft, ob er tatsächlich* über die Fähigkeiten zur Kommunikation, zum Finden und Bewerten wissenschaftlicher Daten und zum ethischen Handeln verfügt. Wer behauptet, diese Forderungen schon immer erfüllt zu haben, übersieht möglicherweise, dass alles eben tatsächlich im Fluss ist ...

Auf den Punkt gebracht können die Forderungen der Ethik in der Medizin in fünf Sätzen zusammengefasst werden:

- Zu sensibilisieren anstatt zu moralisieren,
- die Kommunikationsfähigkeit zu verbessern,
- die Auseinandersetzung mit unterschiedlichen Wertsystemen zu fördern,
- Fairness im Umgang mit anderen Perspektiven zu üben und
- andere Entscheidungen zu respektieren.

Wer diesen fünf Punkten gerecht wird, erfüllt die erste von drei aber auch die bedeutendste der drei Bedingungen, die *notwendige Haltung und Einstellung (attitude)*, die für die Realisierung der EBM notwendig ist: Zusätzlich sind *Fähigkeiten (skills)* zu erlernen und es ist *Wissen (knowledge)* zu erwerben, um EBM realisieren zu können.

Die zunehmende Informationsflut zwingt uns, Methoden zu erlernen, um das zu finden, was wir suchen und um das Gefundene Bewerten zu können (= Fähigkeiten, skills). Die Bewertung vollzieht sich bei Anwendung der EBM immer in den drei Schritten:

- Ist die Information valide (stimmt das, was behauptet wird)
- Ist die valide Information bedeutend (oder handelt es sich um marginale Effekte) und
- Ist die valide und bedeutend Information bei meinem Patienten anwendbar (oder bestehen in unserer Praxis nicht die Voraussetzungen oder erfüllt mein Patient nicht die Bedingungen, um die wissenschaftliche Empfehlung umzusetzen)

Um das Erlernen der „Fähigkeiten,, zu beschreiben, greifen wir auf einen Bericht unserer EBM-Studenten zurück.

Der Einstieg wird dabei über sogenannte Szenarien (Fallbeispiele) vermittelt¹. Daraus ist – im Falle eines therapeutischen Problems - eine vierteilige, beantwortbare Fragen zu formulieren (Richardson 1995). Für uns Studenten war nicht ganz einfach, es macht aber Spaß, zu sehen, wie es zunehmend besser gelingt. Anhand dieser Fragestellung soll die Problemerkennung und deren Verbalisierung geschult werden. Die Frage setzt sich dabei zusammen aus der Beschreibung

- des Patienten und seines Problems,
- der Behandlungsmethode,

¹ Wer einmal gesehen hat, wie leicht sich ein komplizierter Sachverhalt durch Verwendung eines Fallbeispiels darstellen läßt, wird zukünftig ungerne auf ein spezifisches Fallbeispiel verzichten wollen, auch wenn es Mühe bereitet, das treffende Fallbeispiel herauszusuchen (Wichtiger Hinweis: Bei der Erstellung eines *konstruierten* Fallbeispiels - eines sogenannten paper cases – wird die Beratung durch einen erfahrenen Kliniker dringend empfohlen; warum wohl?).

- der alternativen Behandlungsmethode
- sowie aus dem zu erzielenden Ergebnis.

Die formulierte Frage könnte demnach lauten:

Soll bei einem 62 - jährigen Patienten mit symptomlosem Prostatakarzinom im Stadium I eine Operation, Strahlentherapie oder systemische Therapie durchgeführt werden, um ein Rezidiv der Erkrankung nach Therapie zu verhindern?

Im nächsten Schritt ist die formulierte Frage zu beantworten. Dazu wurde lernen unsere Studenten zunächst unter Anleitung, später auch selbständig, Informationsquellen an der Universität kennenzulernen (Leitfaden zur Nutzung der Bibliothek, Computergestützte Medline-Recherche, Suche in Fachzeitschriften oder Lehrbüchern). Es wurde klar, daß die Nutzung dieser unterschiedlichen Quellen von der Art der Fragestellung abhängt. Wem es darauf ankommt, ein Problem übersichtlich und von verschiedenen Seiten beleuchtet zu bekommen, wird sich besser ein Lehrbuch besorgen als in einer hochspezialisierten Zeitschrift nachzusehen.

Es ist keine große Kunst, anhand dieses Beispiels zu sehen, daß mit der Recherche sehr unterschiedliche Informationen angeboten werden; eine Unterscheidung der brauchbaren von der weniger nützlichen Information ist notwendig.

Wir demonstrieren, die gefundenen Artikel auf ihre Validität und Anwendbarkeit am konkreten Patienten zu prüfen. Wir zeigen, auf welche Eigenschaften es bei einer Studie (kontrolliert oder sogar randomisiert) ankommt, wie ein gutes Design aussieht und wozu die einzelnen Verfahren, wie z. B. die Randomisation, die Verblindung oder die Einführung einer Kontrollgruppe dienen. Es hat Spaß gemacht, zu sehen, welche "Finessen" zur Beschönigung von Studienergebnissen angewandt werden können (z. B. unklare Verblindung, unklare Geheimhaltung des Randomisationsplans oder intransparente Auswertungskriterien).

Nach diesem Schritt kann man nun die klinische Frage beantworten und abschätzen (z.B. mittels des Ausdrucks „Number Needed to Treat,,), welche der Therapieoptionen (Handlungsalternativen) für den Patienten vorteilhafter ist. Diese Information, die „von außen importiert,, wurde, bezeichnen wir als „externe evidence,, (Porzsolt 1999, Sackett 1997) Um jedoch eine konkrete Entscheidung treffen zu können, sind die individuellen Gesichtspunkte bei jedem einzelnen Patienten zu

berücksichtigen wie Begleiterkrankungen oder Besonderheiten des sozialen Umfeldes. Diese Information, die nur das betreuende Team haben kann, bezeichnen wir – zusammen mit dem Wissen und der persönlichen Erfahrung der Mitglieder im Team – als „interne evidence,,. Die Integration dieser externen evidence in die vorhandene interne evidence und die Anwendung dieses kombinierten Wissens am Patienten ist einer der wesentlichen Schritte der EBM wodurch sie sich von der traditionellen, nicht-datengestützten Medizin unterscheidet (Sackett 1997). In der traditionellen Medizin wird eben das im Team vorhandene Wissen (= interne evidence) angewandt, ohne daß eine sorgfältige Recherche der extern vorhandenen Daten erfolgt².

Durch die Integration der EBM in die studentische Ausbildung ergeben sich einige wichtige Vorteile: Nachdem ein Interessierter immer wieder mit EBM in Berührung kam und zur Vertiefung an weiterführenden Seminaren teilgenommen hat, ist er durchaus in der Lage, eine erste wissenschaftliche Leistung zu erbringen. Beispiel: Eine Gruppe von Studenten im 4.Semester wurden eingeladen, an einem Projekt mitzuarbeiten, dessen Ziel die Beschreibung der wissenschaftlichen Qualität von 70 Publikationen zu einem Produkt eines pharmazeutischen Herstellers ist. In dieser Arbeit geht es also um die qualitative Analyse der verfügbaren Literatur zu einem Arzneimittel – früher hat man die Diskussion inhaltlich geführt, jetzt kommt der qualitative Aspekt dazu: Es wird wesentlich härter nachgefragt, ob die präsentierte Information einer kritischen Bewertung standhält. Sollte sich diese neue Art der Präsentation bewähren, wird ein relativ großer Bedarf an Expertise entstehen, wie EBM im klinischen Alltag anzuwenden ist. In den meist unklaren Situationen haben unserer Studenten gelernt, sich gegenseitig zu helfen; für schwierige Probleme gibt es Projektbesprechungen mit den Lehrern. Außerdem gibt es das Lehrbuch von David Sackett jetzt in Deutscher Sprache (Kunz 1999). Auch wenn die englische Sprache für Studenten kein Problem darstellt, wird die Erklärung eines schwierigen Sachverhalts in der eigenen Muttersprache doch angenehm empfunden (irgendwie kuscheliger als eine nüchterne Fremdsprache).

Zusammenfassend kann man feststellen, daß sich durch die unkomplizierte Integration der EBM in bereits bestehende Kurse inder

² Wenn man sich das in Ruhe überlegt, sollten eigentlich bei jeder Entscheidung die wesentlichen Aspekte der „externen evidence,, berücksichtigt sein. Studenten dürfen die Frage stellen, ob das die Realität trifft?

Ausbildung der Studenten viele wichtige Vorteile erzielen lassen und daß, last but not least, die Anwendung der EBM einfach Spaß macht ... Man könnte die Vermittlung von EBM zusammen mit den anderen Komponenten des modernen akademischen Unterrichts (Ethik in der Medizin, Kommunikationslehre, Problem-Orientiertes Lernen) als MODERN TEACHING bezeichnen. Wie man die skills dazu erwirbt, möchten wir Ihnen im angebotenen EBM-Kurs vermitteln.

Anschrift für die Verfasser:

Prof. Dr. Franz Porzsolt, AG Klinische Ökonomik,
Abt. Psychotherapie und Psychosomatische Medizin,
Universitätsklinikum Ulm, 89075 Ulm
franz.porzolt@medizin.uni-ulm.de

Literatur

Kunz R, Fritsche L (Hrsg) Deutsche Ausgabe: Evidenzbasierte Medizin. Sackett DL, Richardson WS, Rosenberg W, Haynes RB: Evidence-based Medicine. How to practice and teach EBM, W. Zuckschwerdt, München Bern Wien New York, 1999.

Porzsolt F, Kächele H: Evidence-Based Medicine: Beschreibung der Fassade und der Rückseite des Gebäudes (Editorial). Leber Magen Darm 1999;29(2):68-72

Richardson WS, Wilson MC, Nishikawa J, Hayward SA: The well-built clinical question: a key to evidence-based decisions (Editorial). ACP J Club 1995;123:A12-13

Sackett DL, Richardson WS, Rosenberg W, Haynes RB: Evidence-based Medicine. How to practice and teach EBM. Churchill Livingstone, New York Edinburgh London Madrid Melbourne San Francisco Tokyo, 1997.

Adresse

AG Klinische Ökonomik, Abt. Psychotherapie und Psychosomatische Medizin, Universitätsklinikum Ulm und Ulmer Initiative Evidence-Based Medicine, 89075 Ulm