

DER ARZNEIMITTELBRIEF

UNABHÄNGIGES INFORMATIONSBLETT

Gegründet von: H. Herxheimer, M. Schwab, H.-W. Spier

Herausgeber: D. von Herrath, W. Thimme

Schriftleitung: D. von Herrath, W.-D. Ludwig,
W. Oelkers, J. Schuler, W. Thimme

Mitarbeiter: A. Michalsen



Beirat: J. Bircher, Meikirch (Schweiz); H. Coper, Berlin; W. Creutzfeldt, Göttingen; M. Gregor, Tübingen; R. Gross, Köln; U. Hagemann, Berlin; H. Hahn, Berlin; H. Kewitz, Berlin; H. Kolbe, Hannover; J. Kotwas, Berlin; C. Lauritzen, Ulm; M. Rothmund, Marburg; T. Schaberg, Rotenburg/Wümme; W. Schwab, München; G. Stüttgen, Berlin; W. Thies, Berlin; H.-U. Wahn, Berlin; H. Zeidler, Hannover; M. Zeitz, Berlin

Schriftleitung: Potsdamer Straße 17, 12205 Berlin, Telefon (030) 84314361, Fax (030) 84314362, Internet: www.der-arzneimittelbrief.de · Verlag: Westkreuz-Verlag GmbH Berlin/Bonn, Töpchiner Weg 198/200, 12309 Berlin, Telefon (030) 7452047, Fax (030) 7453066, Internet: www.westkreuz.de, E-mail: vertrieb@westkreuz.de
Konto: Postbank Berlin 47428-101 (BLZ 10010010) · Jährlicher Bezugspreis 41 € inklusive Versandkosten im Inland, Preis des Jahresabonnements für Studenten 25 € inklusive Versandkosten im Inland · Erscheinungsweise monatlich · Nachdruck, auch auszugsweise, nur mit Genehmigung der Herausgeber gestattet · Kündigung des Abonnements jeweils 3 Monate zum Jahresende · Gerichtsstand: Berlin

Jahrgang 36 · Nr. 12

Berlin

Dezember 2002

Der Umgang mit der Evidenz

Der 18. Oktober 2001 – ein großer Tag in der Geschichte der Evidenz-basierten Medizin in Deutschland: Die deutsche Bundesregierung und die fünf im Bundestag vertretenen Parteien einigen sich, ein Deutsches Mammographie-Programm zur Früherkennung von Brustkrebs aufzulegen. Dabei berufen sie sich ausdrücklich auf die Evidenzlage aus sieben randomisierten Studien an 500 000 Frauen. 10 Jahre nach Beginn der Diskussion über Evidenz-basierte Medizin ist die Leitidee ganz oben angekommen – ein großer Sieg für die Verfechter einer rationalen Medizin.

Der 18. Oktober 2001 – ein großer Tag in der Geschichte der Evidenz-basierten Medizin weltweit. Zeitgleich erschien die neue Version des Cochrane-Reviews über „Screening for Breast Cancer with Mammography“ (www.cochrane.de) und eine ausführliche Fassung des Reviews im Lancet (1). Mehr als 10 Jahre nach Geburt des Begriffs „EbM“ ist das regelmäßige Erstellen und „Updaten“ von Reviews Routine geworden. Das gleichzeitige Erscheinen beider Artikel bei der Cochrane Collaboration und in einem renommierten Journal ist außerdem ein Höhepunkt der wissenschaftlichen Diskurs-Kultur, hatten sich doch die Cochrane-Editoren mit einem Teil der Schlußfolgerungen der Reviewer nicht anfreunden können, den man deshalb jetzt nur im Lancet nachlesen kann. In den gemeinsamen Teilen und der diesbezüglichen Schlußfolgerung sind aber beide Versionen identisch. Welch eine kulturelle Errungenschaft: we agree where we agree and where we disagree.

Es schien also gut zu stehen um die Idee der Evidenz-basierten Medizin im Oktober 2001, wenn, ja wenn da nicht ein kleiner Schönheitsfehler wäre: Während die deutsche Politik unisono konstatiert, daß sich laut Evidenzlage die Brustkrebs-Mortalität von 50- bis 70jährigen Frauen durch Mammographie-Programme um 20 bis 30 % senken lassen, stellen Cochrane und Lancet übereinstimmend fest: In diesem Review gelang es nicht, eine Reduktion der Gesamt-Mortalität festzustellen. Den qualitativ besten Studien gelang es darüber hinaus nicht einmal, eine Reduktion der Brustkrebs-Mortalität zu belegen.

Hohe Evidenz für zwei sich gegenseitlich ausschließende Positionen? Wie ist das möglich? Haben die Autoren verschiedene Studien herangezogen? Muß man das Kleingedruckte lesen, um die Aussagen richtig zu interpretieren? Gibt es gar eine dritte Möglichkeit zwischen Ja und Nein? Nichts dergleichen ist der Fall. Beide Urteile beruhen auf denselben sieben Studien, an beiden Bewertungen sind namhafte Wissenschaftler beteiligt, die sich auf

ZB MED

Inhalt dieser Ausgabe

Der Umgang mit der Evidenz	89
Pravastatin reduziert kardiovaskuläre Ereignisse auch bei alten Menschen mit erhöhtem Risiko. Die PROSPER-Studie	91
Therapie mit Statinen. Schlechte Compliance älterer Patienten	92
Ist Captopril besser als Losartan bei Herzinsuffizienz? Die OPTIMAAL-Studie	93
Wirksamkeit und Sicherheit von Voriconazol bei Patienten mit Neutropenie und persistierendem Fieber bzw. invasiver Aspergillose	93
Unerwünschte Arzneimittelwirkungen als Grund für eine Krankenhausaufnahme ...	94
Leserbrief	
Nochmals: Richtlinien zur Therapie des Diabetes mellitus Typ 2	95
Nochmals: Arzneitherapien an der Obergrenze der finanziellen Belastbarkeit	96
Nochmals: Wechselwirkung zwischen Tramadol und Antikoagulanzen	96
<i>Dosisangaben ohne Gewähr!</i>	

die gleichen Prinzipien und Qualitätsmaßstäbe berufen. Eine Kompromiß-Position zwischen Ja und Nein gibt es nicht: Wenn die Mammographie nutzt, muß ein Vorsorgeprogramm mit großem persönlichem Engagement und finanziellem Aufwand umgesetzt werden, um die in Aussicht stehende Ernte auch wirklich in die Scheuer zu fahren. Hier sollte Evidenz-basierte Medizin die Grundlage liefern – und nun diese Divergenz in den Stellungnahmen. Kein Zweifel: die Evidenz-basierte Medizin hat Erklärungsnotstand.

Es ist wohl kein Zufall, daß dieses Desaster die Evidenz-basierte Medizin nicht bei der Bewertung von therapeutischen Zugängen, sondern in der Diagnostik ereilt, und hier insbesondere im Bereich der Vorsorge, der sogenannten Primär-Prävention bei symptomlosen augenscheinlich Gesunden. In der Bewertung von therapeutischen Zugängen, sondern in der Diagnostik ereilt, und hier insbesondere im Bereich der Vorsorge, der sogenannten Primär-Prävention bei symptomlosen augenscheinlich Gesunden. In der Diagnostik hingegen ist das Beratungs-Bedürfnis auf Arzt- wie auf Patientenseite im Allgemeinen weniger stark ausgeprägt. Es erscheint doch so einfach:

Zs. B.
1375
ZB MED