

STANDPUNKT

„Evidence-based-Medicine“: Grundlage für Korruption im Gesundheitswesen?

Fremdfinanzierung

Frage: Wenn fast sämtliche Studien für die sagenhafte „evidence-based-medicine“ innerhalb der „so genannten“ Fremdfinanzierung von der Pharmaindustrie und nicht von Universitäten oder anderen staatlichen Institutionen finanziert werden (Fraunhofer Gesellschaft – 23.000 Mitarbeiter bei 2,0 Mrd. € Budget, Helmholtz Gesellschaft – 36.000 Mitarbeiter bei 3,76 Mrd. € Budget, Leibniz Gemeinschaft 17.000 Mitarbeiter bei 1,5 Mrd. € Budget, Max Planck Gesellschaft mit 1,73 Mrd. € Budget, Deutsche Forschungsgemeinschaft mit 2,52 Mrd. € Budget und Akademieinstitute sowie Institute in der Trägerschaft der Bundesländer und Gemeinden mit Ihren Tausenden von Mitarbeitern und ihren riesigen Budgets), handelt es sich dann um notwendige und objektive Forschung? Kann es sich nicht vielmehr um ein finanzgesteuertes Tun zum Vorteil von gut bezahlten Vorständen und ihren Stakeholders handeln? Zitat aus Wikipedia: *„Als Stakeholder wird eine Person oder Gruppe bezeichnet, die ein berechtigtes Interesse am Verlauf oder Ergebnis eines Prozesses oder Projektes hat.“* Wenn dieses Tun dann in eine legislativ gestützte (SGB V) und damit obligatorische auf der sogenannten „Evidenzbasierten Medizin“ basierende Leitlinienmedizin mündet, könnte man das dann in die weitläufige Sphäre der Korruption einordnen? So berichtet das `Arznei-Telegramm` in seiner Ausgabe 1/10 davon, dass staatlichen Aufsichtsbehörden wie dem Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) von der „forschenden Pharmaindustrie“ (Pfizer-Edronax) nur die Studienergebnisse zugeleitet werden, die in die betreffenden Geschäftsinteressen passen. Der betreffende Pharmahersteller fühlt sich berechtigt eine Vorauswahl zu treffen. Auch die Planung und Durchführung von Studien hängt ausschließlich vom den Studienauftrag vergebenden Pharmahersteller ab. Die Schrifffassung des Studienergebnisses wird von Ghostwritern vorgenommen. Im selben Artikel heißt es: „Prominente Akademiker lassen sich dafür bezahlen, dass sie Ihren Namen als Autor hergeben, ohne nennenswert Anteil an der Veröffentlichung zu haben“.

Begriffsverschiebung

Muss der Zweifel nicht schon losgehen bei der deutschen Populärübersetzung aus dem Englischen, wo doch `evidence` mit *Beweis* übersetzt werden müsste und nicht mit dem deutschen Philosophiebegriff *Evidenz*, der doch nach Wikipedia *„das dem Augenschein nach unbezweifelbar Erkennbare“* oder *„die unmittelbare, mit besonderem Wahrheitsanspruch auftretende vollständige Einsicht“* bezeichnet? Dieser Begriff aus der Philosophie benötigt keinen Beweis mehr, also auch keine Studie. Allein diese falsche Übersetzung könnte man schon als eine versuchte, interessengeleitete Augenwischerei bezeichnen! Wieviel muss vielleicht dem eigentlich doch ordentlich bezahlten Ordinarius gezahlt werden, damit dieser das sich stellende oder das ihm gestellte Problem überhaupt einer Studie unterzieht? In diesem Zusammenhang wäre es schon eine Maßnahme im Sinne von Transparenz, wenn alle Universitätslehrer ihre natürlich zu versteuernden Nebeneinkünfte veröffentlichen müssten. Wäre es im Übrigen nicht ehrlicher und damit richtiger von „Beweisbezogener Medizin“ zu sprechen?

Epidemiologie für individuelle Therapien chronischer Krankheiten?

Eine andere Frage schließt sich an. Handelt es sich bei der EbM nicht einfach nur um das Bemühen, mit einem zu fordernden medizinischen Beweis eine pharmainteressengeleitete „Main-Stream-Medizin“ zu installieren? Der wissenschaftliche Versuch (Studie) ist von Isaac Newton in die Wissenschaft eingeführt worden. Er hat damit die Empirie in die Wissenschaft gebracht. Newton ist 1726 gestorben, und heute noch meinen wir, uns in der Medizin nach ihm richten zu müssen. Der strukturwissenschaftliche Beweis aus der Mathematik, aus der Kybernetik, ist in der heutigen Medizin leider noch nicht angekommen. Das ist auch der Grund dafür, dass wir chronische multifaktorielle Krankheiten konform zur *„evidence-based-medicine“* nur rein symptomatisch behandeln können und dürfen, denn wie will man jemals einzelne Faktoren eines multifaktoriellen Krankheitsgeschehens empirisch nach dem linearen Ursache-

STANDPUNKT

Wirkungs-Prinzip durch Studien beweisen? Also behandeln wir weiter rein symptomatisch und das lebenslang zum Vorteil der studienfinanzierenden „forschenden Pharmaindustrie“.

Der Epidemiologe David Sacket, aus dessen Gruppe von der McMaster University (Hamilton-Kanada) die „evidence-based-medicine“ –Bewegung stammt, sagt: EbM sei der gewissenhafte, ausdrückliche, vernünftige Gebrauch der gegenwärtig besten externen (und damit allgemeingültigen) wissenschaftlichen ‘evidence’ für die Entscheidung in der medizinischen Versorgung individueller Patienten. Erste Frage: Ist die Epidemiologie bisher mit individuellen Therapieempfehlungen für individuelle Patienten mit individuellen Erkrankungen aufgefallen? Dazu ein Zitat aus Wikipedia: *„Die Epidemiologie ist jene wissenschaftliche Disziplin, die sich mit der Verbreitung sowie den Ursachen und Folgen von gesundheitsbezogenen Zuständen und Ereignissen in Bevölkerungen oder Populationen beschäftigt. Das unterscheidet die Epidemiologie von der Klinischen Medizin, bei der es darum geht, einem einzelnen Menschen in einem konkreten Krankheitsfall zu helfen“.* Zweite Frage: Ist das ihre Aufgabe? Dritte Frage: Ist der beste externe wissenschaftliche Beweis allgemeingültig für die eben erwähnte Individualität von Behandlung, Patient und Erkrankung? Vierte Frage: Wer entscheidet, welches der beste wissenschaftliche Beweis ist? Über diesen „besten wissenschaftlichen Beweis“ entscheidet immer eine Kommission. Dann beruht diese Entscheidung auch immer auf „Kommissionsdenken“. Innerhalb einer Kommission aber ist das Ergebnis immer ein Kompromiss aus den Einzelmeinungen. Es handelt sich dann also immer um eine kompromissmäßige Übereinstimmung. Einen solchen Kompromiss dann aber als besten externen wissenschaftlichen Beweis zu bezeichnen, ist geradezu absurd. Konform zu dieser Absurdität nahmen am 20.07.1989 die BÄK und die KBV mit der (voreiligen) Aussage *„Prozessorientierte Leitlinien und Prinzipien der Evidenz-basierten Medizin sind in der Versorgung zu berücksichtigen“* Stellung. Gesteigert wurde dies im Jahre 2000 durch die Aufnahme der EbM in die Novellierung des Sozialgesetzbuchs (SGB V). Damit werden die Ärzte in der BRD als einzigem Staat weltweit zur Anwendung der EbM verpflichtet. Die Lobby der „forschenden Pharmaindustrie“ hat gut gearbeitet.

EbM: Immer nur ein Kompromiss unter Fachleuten?

Das „Deutsche Netzwerk Evidenzbasierte Medizin e.V.“ (DNEbM) ist eine wissenschaftliche Fachgesellschaft, die sich mit Theorie und Praxis der Evidenzbasierten Medizin beschäftigt. Das Netzwerk ist Mitglied der „Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften“ (AWMF). Das Netzwerk hat rund 850 Mitglieder aus allen Bereichen des Gesundheitswesens, darunter fast 60 institutionelle Mitglieder wie z.B. Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft (AKdÄ), Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen (AQUA), Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin (ÄZQ), (Bundes-) Institut für Qualität & Patientensicherheit, Deutsches Cochrane Zentrum (DCZ), Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI), AOK Bundesverband, Bundespsychotherapeutenkammer, Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM), Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA), Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) usw. usw. usw. (*QUELLE WIKIPEDIA*). Wie man bei 850 institutionellen und nichtinstitutionellen_Mitgliedern mit organisationsbedingt Tausenden von Einzelmeinungen zu einer allgemeingültigen Beweisführung kommen kann, bleibt wohl auf ewig das Geheimnis der Organisatoren. Übrigens hat die Direktorin der AWMF, Frau Prof. Dr. phil. Gabriele Meyer, als Ausbildung ein erstes Staatsexamen an der Universität Hamburg, Lehramt Oberstufe – Berufliche Schulen, Gesundheit und Germanistik angegeben. Das scheint für dieses Amt also eine bessere Qualifikation zu sein als ein Medizinstudium. Weiter hat sie eine Ausbildung zur Krankenschwester abgeschlossen. Dies scheint sie auch zu qualifizieren für die Mitgliedschaft im wissenschaftlichen Beirat des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen und weiter für die stellvertretende Schriftleitung der „Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen“.

Die ‘Cochrane Collaboration’ ist ein weltweites Netz von Wissenschaftlern und (?) Ärzten. Ziel ist, systematische Übersichtsarbeiten (systematic reviews) zur Bewertung von medizinischen Therapien zu erstellen, aktuell zu halten und zu verbreiten. Die Cochrane-Zentren werden von

STANDPUNKT

Gesundheitsbehörden, Universitäten oder von (pharmafinanzierten?) wissenschaftlichen Fonds unterstützt. Das `Deutsche Cochrane-Zentrum` repräsentiert die `Cochrane Collaboration`. Der Direktor ist Prof. Dr. Gerd Antes (Studium der Elektrotechnik und Mathematik), stellvertretender Direktor der Kinderarzt Jörg Meerpohl. Unter den angeführten elf Wissenschaftlern ist nur ein einziger Arzt aufgeführt neben Fachrichtungen wie Biologie, Pharmazie, Ernährungswissenschaften, Archäologie, Soziale Arbeit, Kranken- und Altenpflege, Public Health, Optometrie und Medical Sciences (kein Medizinstudium). Es ist schon erstaunlich, wie viel medizinisches Fachwissen hier versammelt werden konnte. Sollen Patienten und Ärzte die Grundsätze ärztlicher Therapie zukünftig wirklich von Nichtmedizinern definieren lassen?

Wertigkeit der EbM

Die `evidence-based-medicine` ist klassifiziert in drei Beweis- („Evidenz“-)stufen, wobei die Stufe S III die höchste und S I die Stufe mit der niedrigsten Beweiskraft darstellt. Ia der Stufe S III formuliert die Notwendigkeit von wenigstens einer Metaanalyse auf der Basis hochwertiger kontrollierter Studien (RCT). Für Ib soll wenigstens ein ausreichend großer, methodisch hochwertiger RCT stehen. Die mittlere, also eingeschränkte, Beweiskraft wird dargestellt durch S II a, b und c. Hier werden wenigstens eine hochwertige Studie ohne Randomisierung oder eine hochwertige Studie eines anderen Typs (eine quasi experimentelle Studie) gefordert. C mit angenommen weniger Beweiskraft wird dargestellt durch mehr als eine methodisch hochwertige nichtexperimentelle Studie, wie etwa Vergleichsstudien, Korrelationsstudien oder Fall-Kontroll-Studien. Die niedrigste Beweiskraft (S I) haben Meinungen und Überzeugungen von angesehenen Autoritäten (aus klinischer Erfahrung), Expertenkommissionen und beschreibende Studien. Eine noch niedrigere Beweiskraft wird Fallserien oder Expertenmeinungen zugestanden. Man führe sich bitte vor Augen, wer diese Bewertungen (methodisch hochwertig, angesehene Autoritäten etc.) vornimmt: Mathematiker, Archäologen, Krankenschwestern, Altenpfleger etc. Außerdem sollten die Ärzte sofort alle ihre Lehrbücher in den Keller bringen, denn hier handelt es sich lediglich um Expertenmeinungen. Diese „Bewertungen“ fließen dann ein in die sogenannten Leitlinien verschiedenster Fachgesellschaften und werden somit zu einem forensischen Problem für die Patienten und Ärzte, die mehr wollen als die `evidence-based-medicine` hergeben kann. Denn EbM bedeutet dann in Deutschland (SGB V) den oftmaligen Verzicht z.B. auf Kausaltherapien zum Nachteil von Patienten und zum Vorteil der „forschenden Pharmaindustrie“ mit ihren lebenslang begleitenden lediglich symptomatischen Therapieansätzen. Frage: Ist auch nur eine einzige Studie vorstellbar, die einen jeden Patienten mit dem entsprechenden komplexen Leiden einer multifaktoriellen Erkrankung und seiner Individualität wirklich abbilden kann? Als ein Beispiel für die Absurdität dieses Systems sei hier der Präsident der Deutschen Gesellschaft für Kardiologie, Prof. Dr. Christian Hamm, zitiert. „*Ein bisschen zu dick, ein bisschen zu faul und ein ein bisschen erhöhter Cholesterinspiegel → Statintherapie*“. Er sagt weiter, dass in Deutschland 5 Mio Bürger mit Statinen „behandelt“ werden, obwohl nur 2 Mio davon wirklich profitieren. Ginge man nach den von der Europäischen Kardiologenvereinigung geforderten Maximen von weniger als 193 mg/dl, dann wären $\frac{3}{4}$ aller Erwachsenen therapiebedürftig. Warten wir ab, wann diese Forderung als S III durch die oben beschriebenen Fachleute auf Grund einer Metaanalyse auf der Basis hochwertiger kontrollierter Studien (RCT) klassifiziert werden wird. Die EbM und die daraus resultierenden Leitlinien basieren auf von der „forschenden Pharmaindustrie“ finanzierten Studien und die Statine werden trotz multipler Nebenwirkungen als Blockbuster von der Börse gefeiert. Systemische Medizin wie Ernährungsumstellung, Tabakabstinenz, Immundiagnostik, Chelattherapie etc. sind nachrangig oder gar „Off-Label-Use“ Dann ist die Gesamthaftung für jegliche Nebenwirkung beim Arzt. So kann man den medizinischen Fortschritt hemmen, wenn er den Interessen der „forschenden Pharmaindustrie“ zuwider läuft. Als Beispiel sei hier die Chelattherapie bei chronisch Kranken genannt, die nur bei akuten Intoxikationen zugelassen ist und nicht bei chronischen, die die EbM sowieso nur in Einzelfällen wahrnimmt. Wie lange hat es gedauert, bis z.B. Lindan (Holzschutzmittel), bis Asbest statt nur in akuter auch in chronischer Belastung als gesundheitsschädlich anerkannt wurden?

STANDPUNKT

Die EbM bietet verschiedene Interpretationsmöglichkeiten

Als „Gestaltungsmöglichkeiten“ kann eine wegen unterschiedlicher Interessenlagen vorgenommene Manipulation z.B. von Verzerrungen durch zu geringe oder zu hohe Fallzahlen, oder durch Metaanalysen, in denen Menge vor Qualität geht, profitieren. Wenn angeblich alle vier bis fünf Jahre die Hälfte allen medizinischen Wissens überholt ist, ist es dann nicht vermessen, die EbM auch im juristischen Sinne als allgemeingültig anzusehen? Was ist das denn für ein Beweis, der nach fünf Jahren schon keine Gültigkeit mehr hat? Die EbM ermöglicht auch ganz unterschiedliche Formen von Zahlenakrobatik, die der Laie im Fach Statistik so ohne weiteres nicht einordnen kann. So gibt es die Begriffe NNT (number needed to treat), ARR (absolut reduction of risk) und RRR (relativ reduction of risk). Die Bedeutung soll an einem Beispiel erklärt werden. In einer Studie sterben ohne Therapie zwei von Tausend Probanden. Nun stirbt unter Therapie nur einer von tausend Probanden. Dann ist die absolute Risikominimierung 0,05 %, aber die relative Risikominimierung liegt bei 50 %. Was wird der Pharmareferent in der Praxis wohl erzählen? Zur Wertigkeit der EbM sei in diesem Zusammenhang folgende Frage gestellt: Wenn bei der unabhängigen Wiederholung dieser Studie nun aber ohne Medikation (Kontrollgruppe) nur einer stirbt, und zufällig zwei in der Studiengruppe mit Medikation sterben, hat die Medikation dann einen Patienten umgebracht? Als weitere Größen im Zahlen- und Bewertungspuzzle der EbM sei auf die Begriffe *efficacy* (theoretischer Effekt), *effectiveness* (Effekt in der tägl. Praxis) und *efficiency* (Randament = Ressourceneinsatz im Verhältnis zum Resultat) hingewiesen. Welcher Praktiker kennt den Unterschied, soll ihn für seine praktische Tätigkeit aber beurteilen? Soll er sich also nur auf die Wiedergabe und Erklärung des Pharmareferenten verlassen? Auf der evidenzbasierten individuellen (?) Entscheidung für den einzelnen Patienten (*evidence-based-individual-decision EBID*) aufbauend, wird die Bezeichnung EbM auch in der so genannten evidenzbasierten Gesundheitsversorgung (*evidence-based-health-care EBHC*) verwendet. Hierbei werden Prinzipien der EbM auf eine organisatorische und institutionelle Ebene übertragen, d.h. eine Behandlungsempfehlung wird nicht für einzelne Kranke, sondern für eine Gruppe von Kranken oder für eine ganze Bevölkerung ermittelt. Aus den Ergebnissen der (von der Pharmaindustrie finanzierten) Forschung werden Behandlungsempfehlungen, Leitlinien, Richtlinien oder Regulierungen abgeleitet. Wo aber bleibt denn dann bei der „evidenzbasierten“ Entscheidung die mit der *evidence-based-individual-decision* propagierte Individualität? So etwas nennt man Augenwischerei! Die Frage, die sich hier stellt, heißt: In wessen Interesse wird diese Augenwischerei betrieben? So kommt man zum Beispiel zu einem flächendeckenden Einsatz der schon angesprochenen Statine, statt eine Veränderung der Lebensweise zu fordern und mittels Toxikologie, Immunologie und genetischer Analysen nach den wirklichen Ursachen zu suchen.

Qualitätsförderung im Gesundheitswesen

Der G-BA schafft die *Stiftung für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen*, die dann Trägerin eines gleichnamigen Instituts (IQTiG) ist. Das sei, so sagt der G-BA-Vorsitzende Joseph Hecken, ein wichtiger Schritt zur Verstetigung der wissenschaftlichen Arbeit, auf die der G-BA bei der Bewältigung der zahlreichen und komplexen Aufgaben im Bereich der Qualitätssicherung in der medizinischen Versorgung bauen könne. Auf dieser Grundlage könnten Maßnahmen ergriffen werden, um die in Deutschland ohnehin gute Behandlungsqualität weiter zu verbessern, noch vorhandene Schwachstellen zu erkennen und Qualitätsvergleiche zu ermöglichen. Davon würden Versicherte und Patienten zukünftig profitieren. Nicht erwähnt hat er, dass Bestrebungen der Bundesärztekammer, der Bundeszahnärztekammer und der Bundespsychotherapeutenkammer, ebenfalls im Vorstand der Stiftung verantwortlich eingebunden zu werden, bereits in Mai 2014 im Gesetzgebungsverfahren abgeschmettert wurden. Wer aber ist dieser grandiose Qualitätswächter in unserem Gesundheitswesen? Er ist, wie könnte es anders sein, Politiker (CDU)! 1980 begann er sein Jurastudium, das er mit dem zweiten Staatsexamen 1988 abschloss. Dann Referent für Wasser- und Abfallrecht bei der Bezirksregierung Koblenz. 1990 Büroleiter im rheinland-pfälzischen Innenministerium. 1991–1998 Büroleiter des

STANDPUNKT

Bundesarbeitsministers Blüm. Danach bis 1999 Abteilungsleiter für personalpolitische Grundsatzfragen bei der Metro-AG. 1999 bis 2004 Staatssekretär im saarländischen Ministerium für Frauen, Arbeit, Gesundheit und Soziales. 2004 verlor er als Kandidat die Wahl zum Saarbrücker Oberbürgermeister. 2004 saarländischer Minister für Justiz, Gesundheit und Soziales. Als Beleg für seine Nähe zu Pharmariesen könnte die Erteilung der Betriebserlaubnis für eine *Filialapotheke* in Saarbrücken für die niederländische Kapitalgesellschaft *Doc Morris* gelten, die im Widerspruch zum deutschen Apothekenrecht der „Inhabergeführten Apotheke“ stand. Dabei war von besonderer Brisanz, dass Doc Morris im Besitz der Celesio AG ist, einem Konzern der *Franz Haniel & Cie GmbH*, die Hauptanteilseigner der Metro AG ist, dem ehemaligen Arbeitgeber von Hecken. Sollten sich bei dieser Sachlage eventuell nur rein ethische Probleme ergeben? Der Minister Joseph Hecken, sein Ministerpräsident Peter Müller und der Celesio AG Vorstandsvorsitzende Oesterle hatten zuvor (natürlich ohne eigennützige Hintergedanken) erklärt, dass der Apothekenmarkt in Deutschland liberalisiert werden müsse (unter der Federführung von Celesio und Doc Morris??). Der Europäische Gerichtshof hat dann aber entschieden, dass die Doc Morris Filiale unverzüglich schließen mußte. 2008 wurde Hecken Präsident des Bundesversicherungsamtes. Dez. 2009 sollte Hecken als beamteter Staatssekretär ins Bundesarbeits- und Sozialministerium wechseln, doch weil sein Parteifreund Jung als Arbeitsminister zurücktreten musste, nahm er die Stelle als beamteter Staatssekretär im Familienministerium. Man nimmt halt das, was man kriegen kann. 2012 wurde dieser „anerkanntermaßen“ große und bedeutende Experte für Qualität in der medizinischen Versorgung zum so genannten „unparteiischen Vorsitzenden“ des gemeinsamen Bundesausschusses berufen. Das mag dann auch der Grund dafür sein, dass man in dem erwähnten neuen Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen keinen medizinischen Sachverstand seitens der entsprechenden Kammern mehr braucht. Ein Schelm, der Böses dabei denkt.

EbM und Chronische Krankheiten

Chronische Erkrankungen sind nicht vom Himmel gefallen, sagt der Luxemburger Umweltpolitiker Jean Huss. Sie sind, und dass weiß heute die (klinische) Umweltmedizin, das Resultat multipler synergistisch wirkender toxischer und immunologischer Umweltbelastungen sowie in manchen Fällen einer genetisch bedingten ungenügenden Regulationsfähigkeit des betreffenden Organismus. Diese Belastungen können dargestellt werden durch das Arbeitsumfeld, Freizeitbelastungen/Stress, Kosmetika, Nahrungsmittel, Konservierungsmittel, Kunstdünger, biologische Erreger, Medikamente, elektromagnetische Felder, Radioaktivität, Nanopartikel, Holzschutzmittel, Weichmacher, Kunststoffe, Schwermetalle, Techniken und Materialien aus der Zahnmedizin usw., usw. Die ineinandergreifenden und sich gegenseitig unterstützenden bzw. hochschaukelnden Trigger sind also physikalischer, chemischer, biologischer und psychosozialer Provenienz. Frage: Wie und wann kann eine EbM, die vom Beweis im linearen Ursache-Wirkungsprinzip lebt, das beweisen? Antwort. Niemals. Das heißt, die EbM ist zur Lösung des Problems der Steigerungsraten bei den chronischen Erkrankungen vollkommen ungeeignet; auch wenn die Gesetzeslage mit ihrem SGB V vielleicht unter dem Einfluss der studienfinanzierenden „forschenden Pharmaindustrie“ (siehe z.B. mögliche Verquickung Hecken-Metro-Haniel-Celesio) das in Deutschland bisher anders sieht. Hier hilft nur durch wirkliches medizinisches Fachwissen gestütztes kybernetisches Denken, das dann einem *strukturwissenschaftlichen Beweis* (= Mathematik, Informatik, Komplexitätslehre und Systemtheorie) gleichzusetzen ist. Im Gegensatz dazu lebt die EbM heute von Grenzwerten, ohne in der Lage zu sein, Komplexitäten anerkennen zu können. Dazu reichen ihre *evidences* nicht aus. Beispiel: Ist ein Patient nur zu 90% des Grenzwertes eines Toxikums belastet, hat er gefälligst gesund zu sein. Ist er aber von zwanzig Toxika auch nur zu 90% der jeweiligen Grenzwerte belastet, dann hat er gefälligst auch gesund zu sein. Grenzwerte gelten nämlich für alle gleichermaßen – egal ob jung oder alt, ob Mann oder Frau, ob vorbelastet oder nicht. „Da könnte ja jeder kommen und für sich Ausnahmen gelten lassen wollen“.

EbM und Systemische Entzündungsbereitschaft

STANDPUNKT

Chronische Krankheiten nichtdegenerativer Natur der verschiedensten Organsysteme wie z.B. Neuritiden, Makuladegenerationen, chronische Sinusitiden, Thyreoiditiden, Asthma, Lungenfibrosen, Leaky Gut, M. Crohn, Col. Ulcerosa, Nefritiden, Neurodermitiden, Erkrankungen des rheumatischen Formenkreises, Myositiden, Arteriosklerose sind Folgen eines chronischen Entzündungsprozesses und damit einer systemischen Entzündungsbereitschaft. Es handelt sich also um eine Immunantwort auf eine Belastung. Es findet eine anhaltende Sezernierung entzündungssteuernder Zytokine statt mit systemischen Folgen. Diese Cascade zu unterbrechen, wäre als nachhaltige Therapie zu werten. Die EbM reagiert auf Grund Ihrer Studienlage mit Immunsuppressoren verschiedenster Wirkungsweise. Die Suche nach dem Immuntrigger, ein anschließender Expositionsstopp sowie eine Entlastungs- oder Ausleitungstherapie sind im Katalog der EbM nicht enthalten. Das bedeutet fast immer lebensbegleitende Therapie, statt mögliche Nachhaltigkeit. Könnte die „forschende Pharmaindustrie“ von Forschungsergebnissen, die in diese Richtung zeigen, profitieren? Weil die Antwort hier Nein heißen muss, wäre es Aufgabe der am Anfang erwähnten staatlichen Institutionen, hier mit staatlichen Finanzierungsmodellen und mit einem aus der Fremdfinanzierung zu generierenden Gewinn solche Forschungen voranzutreiben. Dann müssten allerdings die Lehrenden und Forschenden mit ihren ihrer Stellung gemäßen Besoldung auskommen. Eine Immunreaktion ist immer generalisiert und nicht lokal. Lokal ist nur die Folgereaktion: Die Entzündung! Nur die wird von der EbM therapiert. „Evidence-Based-Medicine“ ist Therapie ohne physiologisches und pathophysiologisches Strukturdenken, ist dem Versuch/der Studie untergeordnet, ist „Symptomatische Medizin“, ist „Therapie ohne Verstehen“, ist automatisch, ist rudimentär! Franz Porzsolt von der Uni Ulm sagt zur EbM: *„Es wird alles nachgeplaudert, ohne darüber nachzudenken und die EbM wird heute als Totschlagargument gebraucht. Die daraus folgenden Leitlinien billigen dem einzelnen Arzt keine eigene Evidenz zu. Die Validität wird inhaltlich nicht verstanden und bleibt (...) unberücksichtigt. Zugrunde liegende Studien sind teils schlampig. Leitlinien sind ohne Transparenz und interessengeleitet. Studien haben ethische und empirische Grenzen.“* Anwender wissen nichts über die Entstehung der Evidenz, und EBM-Studien erzeugen Daten unter idealisierten Bedingungen einer randomisierten Studie, die überhaupt nicht realistisch sein können. Dazu kann man ein Zitat von Albert Einstein anfügen: *„Not everything, that counts, can be counted, and not everything, that can be counted, counts!“*. „Evidence-Based-Medicine“ oder „Beweisbezogene Medizin“ bedeutet die Aufgabe ärztlicher Verantwortung in der Therapie individueller Patienten zugunsten normierter Therapien. Aus Ärzten werden Mediziner oder Medizingenieure.

*Dr. medic-stom/RU Martin Klehmet
Emslandstr. 9
28259 Bremen*

*E-Mail: 123klehmet456@web.de
www.biologisch-vertraegliche-zahnmedizin.de/*