

4 Dringlichkeit einer systematischen Untersuchung etablierter Teststrategien

Es wird angenommen, dass ineffektive bzw. ineffiziente (und damit überflüssige) Tests die globalen Gesundheitsbudgets mehr belasten als zweifelhafte Therapien. Das zur Verfügung stehende Methodenarsenal, insb. systematische Übersichtsarbeiten, sollte es ermöglichen, die am häufigsten angewendeten Diagnosemethoden einer kritischen Evaluation zu unterziehen. Technische Weiterentwicklungen sowohl des Indextests als auch konkurrierender Verfahren machen es erforderlich, den gültigen Referenzstandard wiederholt zu definieren.

Wie für die exemplarisch betrachtete Schockraum-Sonografie bei stumpfem Bauch- und Polytrauma gilt für viele Tests, dass ihre anfängliche euphorische Erhebung zum zentralen Instrument in der Diagnostikkaskade (in Ermangelung besserer Verfahren) einer nüchternen wissenschaftlichen Betrachtung oftmals nicht standhält. Leider stehen eindeutige Zahlen im Gegensatz zu ihrer Akzeptanz.

Die Präsentation der gezeigten Ergebnisse auf internationalen Tagungen und in der Fachliteratur führte zu stark emotional gefärbten Reaktionen der Ultraschall-Protagonisten. Diese Erkenntnis ist wertvoll- sie zeigt, dass mit Daten allein keine Überzeugungsarbeit geleistet werden kann.

Der Methodiker ist gefragt, im wissenschaftlichen Dialog mit seinen klinischen Kollegen behutsam sensible Themen anzuschneiden. Der Kliniker muss im Gegenzug bereit sein, sich auch unbequemen wissenschaftlichen Fakten zu stellen. Im Zentrum des Interesses beider Seiten steht der Erhalt einer solidarisch getragenen, auch zukünftig noch finanzierbaren medizinischen Versorgung für alle Gesellschaftsschichten. Ohne den Verzicht auf den Ballast ineffektiver und ineffizienter Maßnahmen kann dieses Ziel nicht erreicht werden.

Im Zeitalter einer strengen Kosten-Nutzen-Kalkulation müssen sich diagnostische Verfahren, ihre Hersteller und Protagonisten aber die Frage gefallen lassen, ob sie tatsächlich zu einer Verbesserung (oder zumindest Einhaltung des Status quo) der Gesundheitsversorgung beitragen oder lediglich eine Nische gefunden haben, in der sie ihr solidarisch getragenes Dasein fristen. Die dargestellten Ergebnisse sollten das dynamische Wechselspiel von Symptomen und körperlichen Untersuchungsbefunden, ihrer ärztlichen Bewertung und Verknüpfung mit den Ergebnissen apparativer Untersuchungen verdeutlichen. Für einige spezielle Probleme konnten Lösungsstrategien entwickelt werden, die allerdings unbequem und derzeit nur eingeschränkt im Versorgungsalltag umsetzbar sind.

So wäre konsequenterweise zu fordern

- 1) etablierte diagnostische Algorithmen auf den Wahrheitsgehalt einzelner Entscheidungsknoten zu prüfen,
- 2) verletzte Patienten mit negativem abdominellem Sonogramm regelhaft zumindest klinisch zu überwachen, im Idealfall jedoch einer CT zuzuführen,
- 3) den Wirkungsgrad häufig angeordneter Tests zu untersuchen und
- 4) nach dem Beweis der Diskriminierungsfähigkeit eines Tests auch seine diagnostische Genauigkeit zu hinterfragen

Die verfügbaren Methoden sind noch zu unausgereift, um Methodiker und Kliniker gleichermaßen zufrieden zu stellen. Der Endoskopiker wird ebenso wie der Ultraschall-Erfahrene und Spezialist für Positronen-Emissions-Tomografie, der Befürworter einer Electron-beam-CT ebenso wie der interventionelle Kardiologe Begründungen für ihr Handeln suchen. Dies ist legitim- erfordert aber die Bereitschaft, sich den glasklaren Methoden der Klinischen Epidemiologie zu stellen. Ziel der nächsten Jahre sollte es sein, klinische Experten im Umgang mit den Ergebnissen von Diagnosestudien und ihren verschiedenen Bewertungsebenen vertraut zu machen. Hierbei muss betont werden, dass ihre Expertise noch stärker als bei der Einschätzung des Nutzens therapeutischer Maßnahmen gefragt ist.