

Evidence-based Medicine, der Arzt und der Patient

Dr. med. Thomas Stark, Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, Winterthur

Zusammenfassung

Dem Konzept von Evidence-based Medicine wird eine Theorie der Praxis zur Seite gestellt, die von einer Kritik des Konzeptes der Praxis als Angewandter Wissenschaft ausgeht. Die Situation der Praxis, die der Professionelle in seiner Tätigkeit antrifft, wird in ihrer Eigenständigkeit gegenüber wissenschaftlich erforschten Situationen betont. Eine zentrale Rolle kommt dabei der Beziehung zwischen Arzt und Patient zu. Wissenschaft und Praxis werden als verschieden, aber gleichrangig verstanden. Balintgruppenarbeit hilft, evidenzbasiertes Wissen sinnvoll in die fallspezifisch einzigartige Arzt-Patienten-Zusammenarbeit aufzunehmen.

Die medizinische Forschung hat in den letzten Jahren eine unüberblickbare Menge von Resultaten erbracht, und es stellte sich die Frage, wie die Forschungsergebnisse auf eine sinnvolle Art und Weise in die medizinische Praxis Eingang finden können. Es entstand die Evidence-based Medicine (EBM). Darunter versteht man «den gewissenhaften, klugen und expliziten Gebrauch der gegenwärtig besten Evidenz, um Entscheidungen zu treffen über die Behandlung von individuellen Patienten» [1]. Evidenz heisst in der Regel Evidenz über Risiken und Wahrscheinlichkeiten, wie sie aus Studien über Populationsgruppen hervorgegangen sind. Es geht dabei in erster Linie um randomisierte Kontrollgruppenstudien mit grossen Samples. Mit dem Konzept EBM wird versucht, die Resultate wissenschaftlicher Forschung sorgfältig zu gewichten und über die Guidelines in der medizinischen Praxis wirksam werden zu lassen. Die Guidelines basieren einerseits auf EBM und andererseits auf dem «Konsens der Spezialisten» [2]. Der Arzt wird dabei als «Anwender der Guidelines» verstanden. Steurer [2] und Brunner [3] weisen darauf hin, dass Guidelines als Kontrollinstrumente eingesetzt werden können, über die entschieden wird, wer ein guter Arzt ist, und dass sich die Frage der juristischen Verbindlichkeit stellt. Diese Konsequenzen verstärken den Druck auf den Arzt, sich als Anwender von EBM und Guidelines zu verhalten. Über den Konsens der Spezialisten wird das Element der wissenschaftlich nicht konzeptualisierten «klinischen Erfahrung» miteinbezogen. Dies weist auf die Grenzen des Konzeptes der Praxis als Anwendung von wissenschaftlichem Wissen hin. Auch Weibel [4] geht darauf ein, wenn

er sagt: «und wir wissen alle, dass wir der Persönlichkeit des Patienten mit Evidence-based Medicine (EBM) und Guidelines nicht näherkommen.» Bleuer [5] meint: «Nur aufgrund klinischer Erfahrung kann entschieden werden, ob und wie die aus systematischer Forschung abgeleitete Evidenz auf einen individuellen Patienten anwendbar ist.» Die Konzeptualisierung der Grenzen und des Bereichs jenseits ist aber wenig ausgearbeitet. Dort ist die Welt der «Persönlichkeit des Patienten», des

«Ethos der Humanität», der «klinischen Erfahrung».

Der Systemtheoretiker Niklas Luhmann schreibt zur Diskussion des Konzepts der «Wissensanwendung»: «dass die Systeme, die an Wissenschaftsanwendung interessiert sind, ihrerseits die Position eines Beobachters zweiter Ordnung einnehmen müssen, das heisst: lernen müssen, zu beobachten, was die Wissenschaft (und dann: die einzelnen Disziplinen, Fächer, Forschungsrichtungen, Problemstellungen) an Realitätskonstruktionen ermöglichen *und was nicht.*» [6].

Ein bekannter Autor in der Professionsforschung, D. A. Schön, spricht von «Technischer Rationalität», die der Angewandten Wissenschaft zugrunde liegt [7]. *Das Konzept der Angewandten Wissenschaft* beinhaltet eine hierarchische Beziehung zwischen Wissenschaft und Praxis. Wissenschaft ist darin von hohem Ansehen und gut dotiert. Sie erarbeitet das Wissen und transferiert es an die Praktiker, die es anwenden. Der Anwender findet ein Problem vor, das einer von der Wissenschaft erforschten Standardsituation entspricht oder mittels einfacher Reduktion der Daten in eine solche überführbar ist. Das zu erreichende Ziel ist das gleiche wie in der erforschten Standardsituation. Die Annahme lautet, dass aufgrund der Entsprechung der Problemsituation mit der erforschten Situation das Ziel mit den in der Forschungssituation sich als valide erweisenden Mitteln erreicht werden kann.

Dieses Modell hat in den vergangenen Jahrzehnten intensive Kritik erfahren. In einer Vielzahl von Bereichen wurde versucht, durch Anwendung von wissenschaftlichem Wissen bessere praktische Lösungen zu finden. Dabei kam es zu eklatanten Misserfolgen, die in der Öffentlichkeit eine wissenschaftsfeindliche Strömung zur Folge hatten. Um einige Beispiele zu erwähnen: Eine gute Medizin lässt sich nicht als Anwendung von medizinischem Forschungswissen praktizieren; wissenschaftlich informierte Berater haben sich vielerorts in der Entwicklungshilfe nicht bewährt; medizinisches Wissen aus einer amerikanischen Universität lässt sich nicht direkt in ein Andendorf übertragen; agronomisches Wissen und moderne Agrikulturtechnik haben in der Landwirtschaft auch zu grossen Problemen geführt; die Anwendung der besten ökonomischen Theorien bringt nicht mit Sicherheit den unternehmerischen Erfolg oder den Erfolg des Investors; Kenntnis und Anwendung pädagogischer Theorien machen noch keinen guten Lehrer; besonders deutlich zeigen sich die Grenzen der Anwendung von Wissenschaft in den wissenschaftlichen Prognosen, z.B. bei ökologischen Fragestellungen oder bei der wie Luhmann schreibt «durch keinen Misserfolg zu entmutigende(n) Prognosestätigkeit der Wirtschaftswissenschaften» [6; S. 623].

Was für ein Konzept können wir der Angewandten Wissenschaft mit ihrer Technischen

Rationalität und instrumentellen Praxis als geeigneter entgegenhalten für ein fruchtbareres Implementieren von Forschungswissen in praktische Situationen? Schön entwickelt in seinem Buch eine *Epistemologie der Praxis* [7]. Die Situation, die der Professionelle antrifft, ist vorerst unstrukturiert. Seine erste Aufgabe besteht in einer adäquaten Problemkonstruktion. Sein Vorgehen ist also primär nicht lösungsorientiert. Schön charakterisiert die Situation mit den Begriffen Komplexität, Ungewissheit, Instabilität, Einzigartigkeit und verbunden mit Ziel- und Wertproblemen. Variablen können verschwinden, neue hinzutreten, Werte und Ziele innerhalb der Problemlage können sich ändern. Ein der Technischen Rationalität entsprechendes Darüberstülpen der erforschten Standardsituation mit entsprechender Applikation von Normtechniken bewährt sich nicht. Das Vorgehen des Praktikers ist ein ganz anderes. Sein Denken geht von «knowing-in-practice» aus und ist «reflection-in-action», «research-in-practice». Der Praktiker macht eine neue Theorie über den vorliegenden besonderen Einzelfall. Schön zeigt das unter anderem am Beispiel des Vorgehens eines Architekten. Er ist in die Situation involviert in eine «reflective conversation» mit der Situation. Die Theorie des Praktikers ist widersprüchlich und unvollständig, vom wissenschaftlichen Standpunkt aus gesehen ungenügend, aber das stört ihn nicht, wichtig ist, dass sich

die Situation zum Guten weiterentwickelt. Der Professionelle agiert und reagiert oft schnell, und er kann meist schlecht explizit machen, wieso er sich so oder so verhalten hat. Er übernimmt eine Verantwortung, steht immer in einer Beziehung zu einem Auftraggeber mit eigenen Zielen und Werten, der ebenfalls in die Situation direkt involviert ist, sei er nun Patient eines Arztes, Klient eines Rechtsanwalts, Landwirt in den Anden, Bauherr. Die Variablen dieser Beziehung, also die Verständigung des Professionellen mit dem Auftraggeber, sind für den Verlauf ganz entscheidend.

Es geht aber nicht nur um eine Vielzahl von einmaligen Variablenkonstellationen aufseiten des Auftraggebers, auch der professionelle Praktiker ist mit seiner individuellen Persönlichkeit eine Variable in der praktischen Situation. EBM geht davon aus, dass die Befunde in der Praxis unabhängig vom Untersucher als objektive Fakten da sind und erhoben werden können. Untersuchungen zeigen aber, dass das nicht der Fall ist. Die Übereinstimmung unter Klinikern beim Erheben von Befunden bei Routineuntersuchungen wie Feststellen, ob ein Fusspuls spürbar ist, Klassifizieren der diabetischen Retinopathie, Einschätzen des Jugularvenenpulses oder Beurteilen von EKGs liegt bei 50 % [8]! Die Befunde, die erhoben werden, sind von den Befürchtungen und Hoffnungen des Untersuchers mitgestaltet. Sein Denken ist nicht ausschaltbar, selbst wenn das wünschbar wäre. Eine direkte unhinterfragte Anwendung von EBM in der klinischen Praxis bedeutet ein konkretistisches Missverständnis von Forschungsergebnissen. Zudem sind die Maximen, die aus den Forschungsergebnissen abgeleitet werden, oft widersprüchlich.

Luhmann zieht aus seinen Überlegungen zur Krise der Wissenschaft in der Gesellschaft die Schlussfolgerung, «dass die Wissenschaft zwar heute mehr denn je ein Monopol auf ihre Funktion geltend machen kann. Sie ist durch kein anderes Funktionssystem ersetzbar. Es gibt keine anderen Adressen für gesichertes Wissen. Aber eben das muss die Wissenschaft mit erhöhter (aber reflektierter und weder skeptizistischer noch subjektivistischer) Unsicherheit, mit Polykontextualität¹, mit komplexen und dezentrierten Beobachtungsverhältnissen bezahlen. Sie kann auf Anfragen nicht mehr

antworten: so ist es, so macht es! Sie kann sich daher auch nicht mehr schlicht als Vertreterin des Fortschritts präsentieren. Sie kann nicht im Namen des Richtigen und Vernünftigen verlangen, dass ihr Wissen übernommen und angewandt wird. Und sie behält trotzdem ihr Funktionsmonopol.» [6: S. 634]

Als Beispiel einer Welt, in der die beschriebenen Probleme auf eine andere Art und Weise angegangen werden, möchte ich die *Rechtssprechung*² erwähnen. Das Recht beruht zum grössten Teil auf Verfassung und Gesetz. Gesetze und Verfassungsbestimmungen sind Kataloge allgemeingültiger Normen. Normen können aber nicht vollständig, eindeutig und direkt anwendbar sein im Sinne einer Technischen Rationalität. Das menschliche Leben ist viel zu mannigfaltig, als dass es durch Normen umfassend geregelt werden könnte. Darum gehört die Auslegung zum Gesetz. Durch sie wird bei einem konkreten Sachverhalt bestimmt, welchen Inhalt der Norm der Richter seinem Entscheid zugrunde legen will, wo dies nicht von vornherein klar ist. Die Auslegung durch ein bestimmtes Gericht ist für andere Gerichte, die später parallele Sachverhalte zu beurteilen haben, nicht verbindlich. Auch ein Bundesgerichtsentscheid ist für kein Gericht verbindlich - auch nicht für das Bundesgericht selbst, sondern nur für die Parteien des betreffenden Prozesses. Dadurch bekommt die einmalige praktische Situation grosses Gewicht und jede neue Situation den Spielraum, den eine adäquate Beurteilung allenfalls erfordert. Generalisierung ist also möglich, aber nicht festgelegt. Die juristische Wissenschaft beurteilt und kritisiert gefällte Urteile, prüft die Anwendung neuer Gesetze und schlägt vor, wie diese in bestimmten Fällen auszulegen sind. Diese Vorschläge erfolgen unverbindlich. Jeder Richter auf jeder Stufe ist frei, eine bestimmte von der Wissenschaft vertretene Auslegung in einem bestimmten Fall zu übernehmen oder abweichend zu entscheiden. *Die Wissenschaft setzt ihre Meinung nur dank der Überzeugungskraft ihrer Argumente durch.*

— —
In der sorgfältigen Zuwendung zum einzelnen Fall wird eine Vielzahl von Variablen des Arztes und des Patienten erfasst, die für die erfolgreiche Diagnose und Behandlung einer Krankheit von ausschlaggebender Bedeutung sein können, die aber in ein Forschungsdesign in dieser Komplexität und Kombination nicht aufgenommen und in den Maximen und Richtlinien der EBM nicht konzeptualisiert sind. Zudem können sich Variablen, die im Forschungsdesign konstant gehalten werden sollen, verändern oder wegfallen, neue können sich einmischen und alles verändern. Diese Variablenvielfalt und -wechselhaftigkeit macht das Individuelle des Einzelfalls aus, das in der Samplebildung verloren geht und das die Generalisierung der Schlussfolgerungen aus einer wissenschaftlichen Studie begrenzt. Es geht um die Symptomschilderung des Patienten, die klinischen und maschinellen Untersuchungsbefunde, die Krankheits- und Lebenserfahrung des Patienten, um die Beobachtung und das Erleben der vom individuellen Arzt mitgestalteten Begegnung mit ihm. Die verschiedenen Texte ergänzen sich zu einer Beschreibung einer einmaligen klinischen Situation. Diese *Gesamtdiagnose*, wie Michael Balint sie genannt hat, schafft einen fallbezogenen Konzeptrahmen, innerhalb dessen der Einbezug von evidenzbasiertem Wissen für die Entscheidungsfindung über die weiteren Schritte dann notwendig ist. Sie ermöglicht es, an das evidenzbasierte Wissen die richtigen Fragen zu stellen. EBM und Guidelines können Verwirrung stiften und eine Behandlung ins Abseits führen, wenn eine Verständigungsstörung zwischen Arzt und Patient dazu führt, dass wesentliche

individuelle Variablen aus dem Leben des Patienten nicht in die Beurteilung des Arztes einfließen. Der Arzt wählt dann sozusagen die falschen evidenzbasierten Maximen aus. Wer kennt nicht die Klagen, dass die Behandlung zwar gut wäre, aber der Patient nicht richtig mitmacht.

Das Erarbeiten der Gesamtdiagnose ist ein Stück Einzelfallforschung, «research-in-action» im oben genannten Sinn, eine Art On-line-Forschung [9]. Ein Ort zur umfassenden Reflexion der Einzelfallsituation und der medizinischen und persönlichen bewussten und unbewussten Aspekte der Arzt-Patienten-Beziehung - off-line - ist die *Balintgruppe* [10]. EBM und Guidelines bringen statistisch gesichertes Wissen in die Sprechzimmersituation, die Balintgruppe hilft für die Diagnose und Behandlung von Patient und Krankheit relevante, für den Arzt und den Patienten und ihre Beziehung spezifische Variablen miteinbeziehen. Die Balintgruppe ist die komplementäre Ergänzung zu EBM und Guidelines. Was bis auf wenige Ausnahmen [11] aussteht, ist die wissenschaftliche Erforschung der Balintgruppenarbeit. Die Erfahrung belegt ihren Nutzen für viele Ärzte; EBM aber zeigt uns die Grenzen des aus der Erfahrung gewonnenen Wissens. Die sorgfältige Erforschung der Balintgruppenarbeit mit Methoden der empirischen Psychotherapieforschung könnte hier einen Beitrag «zum Brückenschlag zwischen medizinischer Wissenschaft und Praxis» [12] leisten.

Literatur

- 1 Sackett DL, Rosenberg WMC, Gray JAM, Haynes RB, Richardson WS. Evidence-based medicine: what it is und what it isn't. BMJ 1996;312:71-2 (zitiert nach [8]: p.247.)
- 2 Steurer J. Von der Evidenz zur Guideline. Schweiz Ärztezeitung 2000;81 (9):461-3.
- 3 Brunner HH. Guideline für Guidelines. Schweiz Ärztezeitung 2000;81(9):464-6.
- 4 Weibel ER. Von der Evidenz zur Guideline. Schweiz Ärztezeitung 2000;81(9):453-4.
- 5 Bleuer JP. EBM - ein Paradigmenwechsel? Schweiz Ärztezeitung 2000;81 (9):454-6.
- 6 Luhmann N. Die Wissenschaft der Gesellschaft. Frankfurt am Main: Suhrkamp (suhrkamp taschenbuch wissenschaft 1001); 1994.
- 7 Schön DA. The Reflective Practitioner. How Professionals Think in Action. New York: BasicBooks; 1983.
- 8 Greenhalgh T, Hurwitz B. Narrative Based Medicine. London: BMJ Books; 1998.
- 9 Moser U. Vom Umgang mit Labyrinthen. Psyche 1991; 45:315-34.
- 10 Stark T. Zur Verständigung zwischen Arzt und Patient. Balintgruppenarbeit heute. Schweiz Ärztezeitung 1994; 75(12):470-2.
- 11 Köhle K, Obliers R, Koefer A, Faber J, Kaerger H, Mendler T. Evaluation des

Fortbildungseffektes einer Balint-Gruppe. Ein multimodaler Ansatz. Psychosom
Psychosoz Med 1995; 24:6-16.

12 Weibel ER. Von der Evidenz zur Guideline. Schweiz Ärztezeitung 2000;81 (9) :453-4.

¹ Luhmann meint damit, dass die Wissenschaft erkennen und akzeptieren muss, dass ihr unter den Forschungsbedingungen gewonnenes Wissen in einer Vielzahl von Kontexten angesiedelt und durch deren Eigenschaften relativiert wird.

² Ich danke Prof. Dr. iur. E. W. Stark, Winterthur, für die Durchsicht dieses Absatzes.