

Johannes G. Schmidt

Wissenschaftliche Evidenz, der Patient und die ärztliche Kunst

In Wirklichkeit gibt es keine spezifischen Therapien für spezifische Krankheiten [1]. In der Praxis haben wir es mit unterschiedlichen Patienten zu tun, deren «Gesamtbild» bestimmt wird durch das Wechselspiel zwischen Pathogenese und Salutogenese – zwischen der Krankheit und dem Gesundungsvermögen des Wirts. Krankheiten werden durch die Gesundheit und die Selbstheilung stets mehr oder weniger kompensiert und selbst in schweren Fällen oft wieder überwunden. Supportive Massnahmen, die die Widerstandskraft und die Gesamt-Gesundheit des Patienten im Auge haben, können einen ungünstigen Verlauf in einen günstigen Verlauf wenden, ohne dass die Krankheit selbst behandelt werden muss. Es bleibt immer die Aufgabe der Medizin, den Patienten zu «behandeln» und nicht bloss seine Krankheit(en); akribische Krankheitsdiagnosen und erfolgreiche Krankheitsbehandlungen können dem Patienten bisweilen mehr schaden als nützen.

Variabilität und Komplexität der Patientensituation

In der Medizin hat sich ein gedankenloser Gebrauch von Statistik eingebürgert, der in akademischer Routine die «störende» grosse Vielfalt weglättet und die grossen natürlichen Abweichungen vom Durchschnitt verbirgt, die in Wirklichkeit die Praxis bestimmen. Doch die ärztliche Berufserfahrung führt auch zum eigenen Erkennen und Verstehen, das die variierende Gesundungskompetenz der Patienten sehen lernt und die Sicht des Patienten ernst zu nehmen beginnt. Tatsächlich wissen (eigensinnige) Patienten gelegentlich besser als wir Ärzte, wie sie gesund werden – selbst in «gefährlicher» Abkehr vom «richtigen» medizinischen Vorgehen [2]. Bei der Gesundung gibt es «viele Wege nach Rom». Für eine Medizin zum Nutzen des (individuellen) Patienten brauchen wir Erfahrung und differenzierte Menschenkenntnis – und eine differenzierte Betrachtung der «wissenschaftlichen Evidenz».

		Brustkrebstod	
		+	-
Adjuvante Therapie	+	a	b
	-	c	d

a = Brustkrebstod mit Therapie	A	A = Abweicher
b = Überleben mit Therapie	B	
c = Brustkrebstod ohne Therapie	B	B = Bestätiger
d = Überleben ohne Therapie	A	

Abbildung 1

Vierfelder-Tafel mit Beispiel adjuvante Brustkrebstherapie.

Evidenz aus (kontrollierten) Studien sind immer nur Durchschnittsergebnisse, und selten ist die Number-Needed-to-Treat so klein, dass eine wirksame Massnahme in jedem Fall sein muss. Auch mit einer «evidenzbasierten» Therapie kann es ein schlechtes Resultat geben, und es kann ohne gut gehen. So stellen selbst Ergebnisse aus guten Studien immer nur ein Halbwissen dar. In der Praxis gilt es deshalb, die Evidenz in einer Vierfelder-Tafel zu ordnen (mindestens im Hinterkopf), um sich das gewöhnlich sehr grosse Ausmass der «Abweicher» bewusst zu machen.

Die Vierfelder-Tafel macht deutlich, dass es immer Patienten geben wird, die wegen einer (im Durchschnitt) wirksamen Therapie Nachteile erleiden oder sogar sterben, wenn auch weniger oft, als sie durch die Therapie vom Tod bewahrt werden [3]. Aufgrund der Krankheitsdiagnose (allein) können wir nicht voraussagen, in welchem Fall sich die Therapie oder Nicht-Therapie günstig oder ungünstig auswirken wird. Der Arzt muss sich also stets fragen, ob er mit einer wirksamen Therapie dem jeweiligen Patienten effektiv zu einem besseren Verlauf verhilft, oder ob er ihn nur mit unerwünschten Wirkungen belastet und kränker macht. Deshalb stellt sich die Frage, ob und wie wir die Patienten erkennen können, bei denen die Therapie eher nützt – oder eher belastet und die Lebenskräfte schwächt. In einer sensiblen Praxis zeigt sich, dass der Patient und seine Meinung, sein Denken und Hoffen und seine Lebenshaltung eine entscheidende Rolle spielen. Unsere Helfer-Wünsche und die heutige ärztliche Neigung zum Aktivismus sollten den Patienten nicht bedrängen. Objektiv kann der Entscheid für eine Therapie richtig oder falsch sein, ebenso wie der Entscheid gegen eine Therapie. Auch eine erfolgreiche Diagnose kann objektiv immer nützlich oder schädlich sein, so wie auch ein Diagnoseverzicht immer schädlich oder nützlich sein kann [4].

Evidenzbasierte Medizin

Formalwissenschaftliche Evidenz bietet also lediglich ein ungefähres Wissen (ein Halbwissen), deshalb ist die Notion einer «evidenzbasierten Therapie» eine logisch falsche, scholastische Überinterpretation. «Evidenzbasierte Therapien» sind immer nur eine Option, von der man auch abweichen muss, vor allem wenn der Patient für sich einen anderen Weg sieht oder mit Nebenwirkungen reagiert – oder wenn der Arzt aus seinen gut reflektierten Erfahrungen andere Möglichkeiten sieht. Viele Ergebnisse aus kontrollierten Studien haben Gewicht, aber sie können nicht beantworten, was wir in der komplexen Praxis genau zu tun haben. Die historische Leistung der kontrollierten Studie liegt vielmehr darin, dass sie Täuschungen im medizinischen Denken aufgedeckt hat und weiter aufdeckt, indem sie Confounding-Fehler und Surrogat-Trugschlüsse hinter falschen oder zu einseitigen Krankheits- und Ätiologie-Theorien erkennbar macht. Die evidenzbasierte Medizin hat sich immer als Methode des genauen Hinterfragens verstanden, es ging *nie* darum, das klinische Judgement und die klinische Differenzierung zu verdrängen. In der Komplexität der Praxis will die evidenzbasierte Medizin primär Anleitung geben, die wichtigen Fragen zu stellen, die uns zu einer guten Beurteilung verhelfen [5].

Die evidenzbasierte Medizin ist demnach zur Hauptsache eine Denkschule. Viel Übung in den Methoden des kritischen Hinterfragens («critical appraisal») und des «Medical Decision Making» (systematisches, abwägendes Zu-Ende-Denken) gehören zu einer guten (Hausarzt-)Medizin, wenn sie das Patienteninteresse im Auge behalten will. Statistik ist erst in zweiter Linie analytisch, sie ist zuerst einmal beschreibend – und offenbart so die grosse Variabilität der Natur, was zu einem sinnvollen Ordnen der vielfältigen Phänomologie herausfordert. Statistik hat also zuerst eine qualitative Dimension, ohne die die quantitativen Abstraktionen in Form von Durchschnittszahlen, Korrelationskoeffizienten und Signifikanzwerten die Realität mehr verdunkeln als erhellen. Erst der Kontext bestimmt, ob Diagnosen und pathologische Theorien stimmen oder irrelevant sind. Spezifität und Sensitivität stehen in Konkurrenz zueinander. Ist man sensitiv und relevant, dann wird man «ungenau» und unspezifisch. Wird man hingegen «genau» und immer spezifischer, dann wird man insensitiv und irrelevant und erfasst nicht mehr die realen Probleme in der Praxis – man diagnostiziert vor lauter Bäumen (Details) den Wald (Zusammenhang) nicht mehr. Die Gratwanderung zwischen dem Anliegen der Spezifität und dem Anliegen der Sensitivität erfordert durchdachte Kompromisse [6]. Ein gutes Verständnis von Statistik lässt dann erkennen, dass der Glaube irrt, gute Diagnostik und eine wissenschaftliche Medizin beruhe auf einer möglichst hohen Spezifität und auf möglichst genauer apparativer Messung und Bildgebung [7].

So beruht auch der alte Versuch, Placebo im Namen einer «reinen Wissenschaft» aus der Medizin zu tilgen, auf einem Denkfehler und ist schon immer zum Scheitern verurteilt gewesen. Placebo ist nicht nichts, sondern es existiert als manchmal höchst relevante, unspezifische Wirkung, die der orthodoxen Krankheitslehre bloss entgeht (Placebo wird im Englischen fast durchwegs «non-specific effect» genannt). Mit einer Lehre der Gesundheit [1] werden Placebowirkungen oder die «Einbildung» des Patienten klassifizierbar. Nicht die Frage der Wirksamkeit entscheidet am Schluss, was eine effektive, gute Medizin darstellt, sondern die Frage, was eine gesunde und nachhaltige Wirkung ist. Supportive Massnahmen zielen mehr oder weniger spezifisch auf den Patienten, sind aber gänzlich unspezifisch in Bezug auf Krankheiten. Die Hausarztmedizin kann erst dann ihre wahre Kraft entfalten, wenn sie sich von der herkömmlichen Halbwissenschaft der Krankheitsspezialisierung emanzipiert und sich auf den Patienten und die Patientensituation spezialisiert. Patientenbezogene und klinisch relevante Endpunkte und Erfolgskriterien sind das zentrale (ursprüngliche) Anliegen der evidenzbasierten Medizin.

Ärztliche Kunst

Entscheidend ist immer das Wechselspiel zwischen pathogener Belastung und salutogener Reaktion, das sich je nach Wirt immer wieder ganz verschieden darstellt. Ein Patient kann gerade durch eine Krankheit und Krise gesünder werden. Pathologische Erscheinungen können Ausdruck eines Gesundungsprozesses sein, der nicht ein medizinisches Beseitigen, sondern Aufmerksamkeit und Geduld erfordert [8]. Menschen werden dank Krankheit gesund, wenn sie durch das Leiden ihre Stärken entdecken und allmählich verstehen, dass sie nicht «normal» oder anatomisch «korrekt» sein müssen, um gesund und zufrieden funktionieren zu können. Der

Patient und seine Fähigkeiten bestimmen mit, welcher Weg gangbar ist. Trösten und auf realistische Art die Hoffnung auf Besserung aufrecht erhalten, kann die entscheidende ärztliche Massnahme sein. Die richtige Dosis der konkurrierenden oder sich ergänzenden Massnahmen entsteht aus ärztlicher Erfahrung, Achtsamkeit und dem Einbezug der Patientensicht – und macht die ärztliche Kunst aus. Die Weisheit des «primum nihil nocere» gründet auf dem alten Wissen um das Geschenk der natürlichen Gesundheit, das uns in der heutigen Zeit fast vergessen gegangen ist. Krankheiten und Leiden viel öfter gewähren lassen, ist die Kunst, die Ärzte wieder zu lernen haben.

Die ärztliche Kunst entsteht aus der Fähigkeit, «Evidenz» zu relativieren und auf den jeweiligen Patienten und seine Situation insgesamt zu beziehen. Die ärztliche Kunst benötigt Menschenkenntnis und Erfahrung, die die grosse Variabilität in der Natur gesehen hat. Die beste «Evidenz» betrifft den Durchschnitt und kann im Einzelfall immer zutreffend oder falsch sein. Dieses Dilemma lässt sich mit einer Inflation von Qualitäts-Richtlinien nicht lösen, ausser diese stellen das kritische Hinterfragen in den Vordergrund [5]. Einzig die menschliche Integrations-Fähigkeit kann Wissen, Erkennen und Verstehen zusammenführen. Wenn das gut gelingt, entwickelt sich die alles entscheidende Kunst, in der grossen Vielfalt noch das Wesentliche zu sehen.

Literatur

- Schmidt JG. Nachhaltige Medizin oder nachhaltige Gesundheit? Schweiz. Ärztezeitung. 2014;95:7.
- Litschgi L. Der Arzt auf dem Sozios – tolerieren statt dirigieren. PrimaryCare 2012;12:7–10.
- Schmidt JG. Ist Verzicht eine schlechte Medizin? Z. Allg. Med. 1998;74: 1173–1177.
- Schmidt JG. Früherkennung und Umgang mit Risikofaktoren. In: Kochen MM, editor. Allgemeinmedizin und Familienmedizin. Stuttgart: Thieme, 2006. p. 25–38.
- Schmidt JG. Evidence-based guidelines: should guide us in asking for the evidence and information we need. Eur J Gen Practice. 1999;5:3–7.
- Schmidt JG. Placebo – wertvoll wenn es dem Patienten nützt? Methodologie einer nutzenorientierten, pragmatischen klinischen Forschung. Placebo – Valuable if it Helps the Patient? Methods and Design of a Pragmatic Clinical Research, Oriented towards Patient Benefit. Forsch. Komplementärmed. 1998;5(1):1–139.
- Feinstein AR. The hard data creed in current clinical practice: Its spurious validity and the challenge to define meaningful clinical variables. In: Schmidt JG, Steele RE, editors. Kritik der medizinischen Vernunft: Schritte zu einer zeitgemässen Medizin – Ein Lesebuch. Mainz: Kirchheim-Verlag, 1994. p. 210–218.
- Schmidt JG. Chronische Krankheiten und der Wirt – Gesundheit am Beispiel von Patienten mit Multipler Sklerose. Schweiz. Z. Ganzheitsmed. 2013;25:296–303.

Korrespondenz:

Dr. med. Johannes G. Schmidt
Allgemeinmedizin, Altchinesische Medizin,
Klinische Epidemiologie
Praxiszentrum Meinradsberg, Stiftung Paracelsus heute
Ilgenweidstr. 3, 8840 Einsiedeln
schmidt[at]paracelsus-heute.ch
www.paracelsus-heute.ch