

Dr. Johannes G. Schmidt, Allgemeinpraxis & Akupunktur/Chinesische Medizin, Institut für Klinische Epidemiologie, Stiftung "Paracelsus heute", Einsiedeln

## Evidence-Based Medicine und der psychosomatische Einzelfall

In einem Beitrag in der Münchner Medizinischen Wochenschrift setzt sich der bekannte Psychosomatiker und der von mir gerne gelesene Autor Thure von Uexküll kritisch mit *Evidence-based Medicine* auseinander, und er lässt an dieser neuen Mode mit zum Teil guten Gründen kaum einen guten Faden. In der Tat scheint Evidence-based Medicine im in klinischer Forschungsmethodik nie sehr versierten Deutschen Raum zu einer etwas einseitigen Doktrin zu werden, die gültige Evidenz allzu einfach mit Randomisation und Verblindung gleichzusetzen trachtet. So trivial ist Evidence-based Medicine jedoch nicht, und ich glaube, dass es in der Schweiz gelungen ist, ein differenzierteres und pragmatischeres Bild von Evidence-based Medicine einzuführen. In der Schweiz wird die Diskussion von in der Klinik und Praxis tätigen Ärzten geprägt, während in Deutschland eher Institutionen, die nicht in der klinischen Praxis zu Hause sind, die "Exegese" bestimmen. Meine Antwort an Thure von Uexküll erfolgt aus der Sicht, wie wir sie auch in den "Einsiedler Kursen" der Stiftung *Paracelsus heute* vertreten, die von der Verbindung der Schweizer Ärzte FMH patroniert und finanziell unterstützt werden.

*Paracelsus heute* setzt sich seit einigen Jahren für eine nützlichere Medizin und für einen neuen Wissenschaftsbegriff ein. *Evidence-based Medicine* spielt dabei insofern eine wichtige Rolle als hinter ihrer etwas schreierischen Fassade sich im Grunde eine Umwälzung des medizinischen "Evidenz"-Begriffs abspielt, der uns Chancen eröffnet. Entgegen geläufigen Zerrbildern von *Evidence-based Medicine* sind nicht Randomisation und Verblindung die Hauptsache, sondern eine durchdachtere Definition des klinischen Erfolgs ("outcome") und eine Entlarvung des Surrogat-Trugschlusses (Behandlung von Laborbefunden statt des Patienten). Dabei findet eine Abkehr statt von der reinen Organschädigung, die offensichtlich das Patientenleiden sehr oft nicht widerspiegelt, zur Funktionsfähigkeit ("impairment, disabilities and handicaps"). Eine neue "Hierarchie der Evidenz" führt zu einem neuen Pluralismus, welcher nicht mehr die naturwissenschaftliche Konformität, sondern die Qualität der empirischen Nutzens-Dokumentation zum Massstab nimmt. Dabei ist "Statistik" ein untergeordnetes Mittel und nicht der Zweck der Sache.

Anti-Statistik-Reflex sind zwar populär. Damit lässt sich aber nicht auf die Seite schieben, dass die klinische Erfahrung erst in der Auseinandersetzung mit formaler "externer Evidenz" ihren ganzen Wert erhält, ganz einfach, weil der Erwerb klinischer Erfahrung immer auch "Statistik" (eine Statistik eigener Fälle) ist. Klinische Erfahrung und "externe Evidenz" sind beide aufeinander angewiesen, und sie führen vor allem dann einem fruchtbaren Wechselspiel, wenn die klinisch-epidemiologischen Regeln zur Konzipierung aussagekräftiger und klinisch relevanter

Studienergebnisse differenziert zur Geltung kommen. (Dass Evidence-based Medicine oft auch für Machtansprüche statt für Sorgfalt und Professionalität herhalten muss, zeigt nur, dass wir nicht mit Abgrenzungen, sondern nur mit stetem Bemühen und Überzeugen unseren Beruf weiterbringen können.) Dass die Medizin sich willkürlich auf die Ebene von Organschädigungen ("Surrogat-Erfolge") beschränkt hat, ist heute schon fast ein Gemeinplatz. Diesem Reduktionismus ist die klinische Epidemiologie aber nicht nur einfach mit einer z.B. psychosomatischen Gegenideologie begegnet, sondern sie hat die methodischen Werkzeuge geschaffen, die einen echten Patientennutzen über einen Surrogat-Erfolg hinaus bestimmen lassen. Dass der lange ansozialisierte Reduktionismus noch in unseren Köpfen persistiert, ist auch ein Hindernis für Evidence-based Medicine; diese will ideologieneutral auf der methodisch gutüberlegten, empirischen Nutzens-Dokumentation aufbauen.

Dass gerade auch (statistische) Gruppenvergleiche Grenzen haben und im Einzelfall oft wenig aussagen können, ist Bestandteil unserer Kurse. Die Fähigkeit, zu fragen, was wir genau wissen oder oft eben nicht wissen, schafft gerade den Raum, um im Rahmen von möglichen Richtigkeiten mit dem Patienten das weitere Vorgehen auszuhandeln. Der einzelne Patient und seine Sicht können gerade durch Evidence-based Medicine wieder vermehrt zur Geltung kommen, wenn der Arzt Grundlagen der Wissens-Anatomie versteht und Übung darin bekommen hat. Evidence-based Medicine eine Einzelfall-Mythologie entgegensetzen zu wollen, ist aber ganz einfach auch deshalb zu kurz gedacht, weil Erfahrungen aus reinen Einzelfällen uns gar kein Wissen vermitteln könnten, das für weitere Patienten anwendbar wäre. Die hauptsächliche Rolle von Evidence-based Medicine für uns Praktiker ist oft das genaue Hinterfragen unserer Erfahrungen auf mögliche "Biases" und Störfaktoren, um uns angesichts unüberprüfter Organschädigungs-Ideologien genau denken zu lehren. Wenn dann verschiedene EBM-Apologeten der trivialen Sorte mit der randomisierten Doppelblindstudie als dem "Goldstandard" des Wissens hausieren, darf dies nicht überinterpretiert und missverstanden werden. Dahinter steckt nicht mehr als das Anliegen, Beobachtungsfehler ("Biases" und Störfaktoren) weitgehendst zu vermeiden. Weil die postmoderne Pragmatik der Evidence-based Medicine in erster Linie Heilwirkungen in ihrer praktischen Nützlichkeit so gut es geht empirisch überprüfen will, kann sie auch scheinbar beliebig "Naturwissenschaft", "Psychoanalyse" und "Naturheilkunde" als pluralistisches Angebot gelten lassen. Gleichzeitig misstraut sie aber der "Naturwissenschaft", der "Psychoanalyse" und der "Naturheilkunde" als Ideologien, wenn sie in einer neuen Hierarchie der Evidenz die Qualität der empirischen Nutzens-Dokumentation zum obersten Massstab nimmt. *Evidence-based Medicine* ist es im Grunde egal, ob der Arzt den Kranken primär als selbstheilenden Mechanismus, als semiotische Maschine oder als naturwissenschaftliche Ganzheit betrachtet. Sie will nur das Ergebnis des einen oder anderen genau ansehen. Es wäre ein unnötiges Missverständnis, die offensichtlich häufig entscheidende Arzt-Patienten-Interaktion *Evidence-based Medicine* gegenüberstellen zu wollen.

Medizinische Konfessionen ("Naturwissenschaft", "Psychoanalyse", "Naturheilkunde" etc.) sind in eine Krise geraten und sind wahrscheinlich schon in Auflösung begriffen; die Praxis der auch

bei uns zunehmend bekannten östlichen Medizinen machen uns zudem klar, dass unsere herkömmliche Trennung in Körper und Psyche eine Artefakt ist, den eine neue Generation hinter sich zu lassen fähig sein wird. Wenn vor Galilei die Sonne um die Erde drehte, nach Galilei aber die Erde um die Sonne, so werden nach dem 20. Jahrhundert beide "Wahrheiten" nebeneinander ko-existieren. *Evidence-based Medicine* macht es möglich, denn sie interessiert sich für die Wirkung einer Wahrheit im genauen Kontext, für die "externe Validität" [1]. Das Lebenswerk von Thure von Uexküll wird wahrscheinlich gerade durch *Evidence-based Medicine* endlich seinen verdienten (wenn auch extern validierten und damit auch eingeschränkten) Platz in der medizinischen Alltagspraxis finden. Diese Entwicklung wird nicht geradlinig und nicht ohne Gerüchte verlaufen, aber es hat keinen Sinn, deshalb aus *Evidence-based Medicine* ein Zerrbild zu machen, das es zu bekämpfen gelte.

1) Schmidt J.G. (Hrsg.). «Placebo» - Wertvoll wenn es dem Patienten nützt? Methodologie einer nutzensorientierten, pragmatischen klinischen Forschung. *Forsch Komplementärmed* 1998; 5 (suppl 1):VI+142 (zu beziehen bei der Stiftung Paracelsus heute, Meinradsberg, CH-8840 Einsiedeln)