

C. N. Nemes: Sentenzen und Gedanken über die Evidenz-fundierte Medizin im Spiegel der modernen Hippokratischen Heilkunde: erkenntnistheoretische, ethische und methodische Probleme in der Forschung, Lehre und Praxis

„people are numbers, profits are king“
(Robert E. Becker: Lancet 384, 2014, 27: 2263)

-In der klassischen und der von Sir William Osler (1849-1919) vertretenen modernen Hippokratischen Medizin muss der Patient mit seinen körperlichen Beschwerden, psychischen und sozialen Problemen im Vordergrund stehen. Als *conditio sine qua non* gilt daher die Einheit von Anamnese, physikalischer Untersuchung, Labordiagnostik und der mikroskopisch-pathologischen Befunde. Diagnostik und Therapie sollten auch nach wie vor am Krankenbett erfolgen.

-In historischer Entwicklung war der Heilende erst Zauberer, dann Priester, dann Philosoph und nur in der späten Neuzeit Arzt ohne spirituelle Bezüge, wenn auch der Leib-Seele-Dualismus (um 1900) in der Praxis der psychosomatischen Medizin nach 1960 allmählich überwunden wird. Doch sind nicht alle transzendentalen Beziehungen aus dem Krankheitserlebnis spurlos verschwunden. Dies soll der Arzt in seinen Gesprächen stets einfühlsam beachten.

-Die monastische Betrachtung des Heilungsprozesses als Genesung der Seele (*restitutio ad integritatem*), also ein Gesundwerden im Heil mit der wiedergewonnenen Harmonie zwischen Körper und Geist (*ars restituendi sanitatem*) ist einer Haltung der Reparatur von Gesundheit und Arbeitsfähigkeit (*restitutio ad integrum, ars conservandi sanitatem*) gewichen (Nemes 2013).

-Das kranke Individuum hat einen geschädigten Körper, eine verletzte Seele, Kummer, Angst, Furcht und soziale Nöte. Die spirituellen Aspekte der Heilung dürfen daher nicht ausgeklammert werden im Heilungsprozess. Vielmehr bilden somatische und psychische Beschwerden eine Einheit, die nicht zerlegbar ist.

-Wenn der Arzt sich fünf Minuten beim Kranken an seiner Seite sitzt und nicht fünf Minuten am Bett stehend die Fieberkurve studiert, so wird dies vom Kranken recht dankbar, willkommen empfunden.

-„Gelehrte“ Gespräche am Krankenbett mit den Kollegen ohne sich vorher die Befindlichkeit des Patienten zu erkundigen, führen zum Befremden und sind geeignet, die Frustration des Kranken zu erhöhen. Diagnosen mit lateinischen Namen sind am Krankenbett zu unterlassen.

-Empathie, konzentrierte Aufmerksamkeit und das Mitleiden-Können (*Sympathie: sympathein* im altgriechischen Sinn) sind Voraussetzungen für den Aufbau eines gedeihlichen Patient-Arzt-Verhältnisses. Beim Gespräch wird das Drama des Krankheitserlebnisses durch den Heiler mit dem Kranken nachvollzogen: auch er gehört der *dramatis personae* an, indem er als mitfühlender Freund die Last des Gebrechens zu tragen hilft. Der Patient und sein Arzt kämpfen zusammen, Seite an Seite und gleichermaßen aktiv gegen die Krankheit, die ohne den tatkräftigen Wille des Leidenden nicht besiegt werden kann.

Der ideale Arzt ist Psychotherapeut, Naturwissenschaftler und Sozialarbeiter zugleich, ohne seine althergebrachte patristische Haltung ganz aufzugeben. Der Patient sollte während des Gesprächs und der Heilbehandlung stets den Eindruck haben, dass er und keine andere Person die Aufmerksamkeit des Arztes beansprucht, er allein für ihn zuständig ist.

-Getrennte Visite von Ärzten und Krankenschwestern wie heute allgemein üblich, ist störend und widersinnig.

-Der Kranke ist ein Leidender (*homo patiens*), aber auch ein *homo sociologicus*, der nicht aus seinem familiär-sozial-gesellschaftlichen Umfeld isoliert betrachtet werden darf.

-Sorgfältiges Zuhören bei der Anamneseerhebung und eingehende physikalische Untersuchung sind durch vorgezogene apparative Diagnostik nicht zu ersetzen.

-Eine gut austarierte Synthese des medizinischen Weltbildes, dem Arzt-Patient-Verhältnisses und der Achtung des menschlichen Lebens scheint verloren gegangen. Der Heiler ist oft kein Humanist mehr im Sinne der Hippokratischen Tradition. Er ist vielfach nur ein Medizintechniker, einseitig auf das materiell Machbare bedacht.

-In der Ausbildung fehlt der Gleichklang von vier Aspekten der ärztlichen Handlung: a) der Logistik in der medizinischen Diagnose, b) der Deontologie (d.h. die ethischen Standards) in der Therapie, c) der Erkenntnistheorie in der Forschung und d) der Kenntnisse über Theorien, Heilverfahren und große Ärztepersönlichkeiten vergangener Epochen (Medizingeschichte). Man vermisst ein verbindliches, allgemein-akzeptiertes medizinisches Weltbild, in dessen Mittelpunkt die unabänderliche Achtung vor der menschlichen Existenz steht. Die Würde des Menschen ist in der sog. „Apparatemedizin“ vielfach antastbar geworden. Dies wird besonders in extremen Lebenslagen (Notfall- und Intensivmedizin, Organentnahme und Sterbebegleitung) offenkundig. Dennoch gilt: Leben das Leben will, im ultimativen Sinn für alle Lebewesen göltig (Albert Schweitzer).

-Die Antinomie des eingehenden Literaturstudiums früherer Zeiten und der aktuell als Goldstandard erachteten Richtlinien der Evidenz-fundierten Medizin (EBM) unserer Epoche bleibt bestehen. So steht die tradierte und öfters „kanonisierte“ Erfahrungsmedizin den „cohort-studies“, den „case-controlled“ Analysen und der Randomisierung diametral entgegen. In diesem Gegensatz tritt die ethische Ambivalenz ärztlicher Handlungen klar zu Tage. Empirie ist nicht alles, aber ohne Empirie, also ohne den gesunden Menschenverstand ist alles zum Scheitern verurteilt.

-In der Forschung darf aus Prävalenz auf Evidenz, und aus Evidenz als Validität, und aus Validität auf Signifikanz geschlossen werden. Doch dürfen neue Hypothesen niemals isoliert betrachtet, sondern nur immer im Gesamtbau der theoretischen Grundlagen der Medizin verstanden werden. Hier sind die Stufen der Wahrheitsfindung (Beilage 1) und die Kraftfelder der Erkenntnis (Beilage 2) zu berücksichtigen.

-Allen neueren Kenntnissen in der Forschung sollten mit gesunder Skepsis begegnet werden.

-Nach wie vor ist die praktische, lebenslange Erfahrung eines praktizierenden Arztes das Wesentliche in der Auswahl der diagnostischen und therapeutischen Verfahren. Bis heute hat die Intuition eines erfahrenen Klinikers an der Diagnosestellung einen nicht zu unterschätzenden Anteil.

-Auskünfte aus dem Internet ersetzen nicht die ärztlichen Bibliotheken; sie fördern zudem auch ein gewisses „digitales“ Analphabetentum („illiteracy“).

-Zu beachten: Das Überlieferte ist nicht immer rational, das Rationale ist nicht immer evident,

das Evidente, die Signifikanz ist nicht immer klinisch relevant. Wie auch eine Prävalenz bestimmter (Leit)symptome nicht immer eine Kausalität beweist. „Post hoc“ ist somit nicht zwangsläufig ein „ergo hoc“. Die Diagnose darf sich nicht allein an den typischsten Krankheitszeichen orientieren, da jedes Individuum andersartig seine Krankheit erlebt und sein Leiden einer großen Variabilität unterworfen ist. Die Reaktionsweise ist biologisch-genetisch determiniert und damit unterschiedlich.

-Man kommt nicht von der Verdacht los, dass die Evidenz-fundierte Medizin nicht nur einen Paradigmenwechsel in der Heilkunde darstellt, sondern sie entsteht vornehmlich aus finanziellen Überlegungen im Zeitalter der dem Gesundheitswesen zugewiesenen „knappen Ressourcen“.

-Die Qualität der ärztlichen Heilhandlung kann nicht mit der Stoppuhr gemessen werden. Der Heiler arbeitet ohne Zeitdruck, außer zwingt ihn ein extremer Notfall dazu.

-Eine immerwährende Abwägung der potentiellen Vorteile (benefit) und der Behandlungsrisiken (risk management) ist unerlässlich. Dabei sind Erwartungen und Leidfähigkeit des Patienten, die Schwere der Krankheit und die Heilungschancen zu beachten.

-Schmerzhaft oder potentiell komplikationsträchtige apparative Eingriffe dürfen nur nach sorgfältiger Abwägung der Nutzen-Risiken erfolgen.

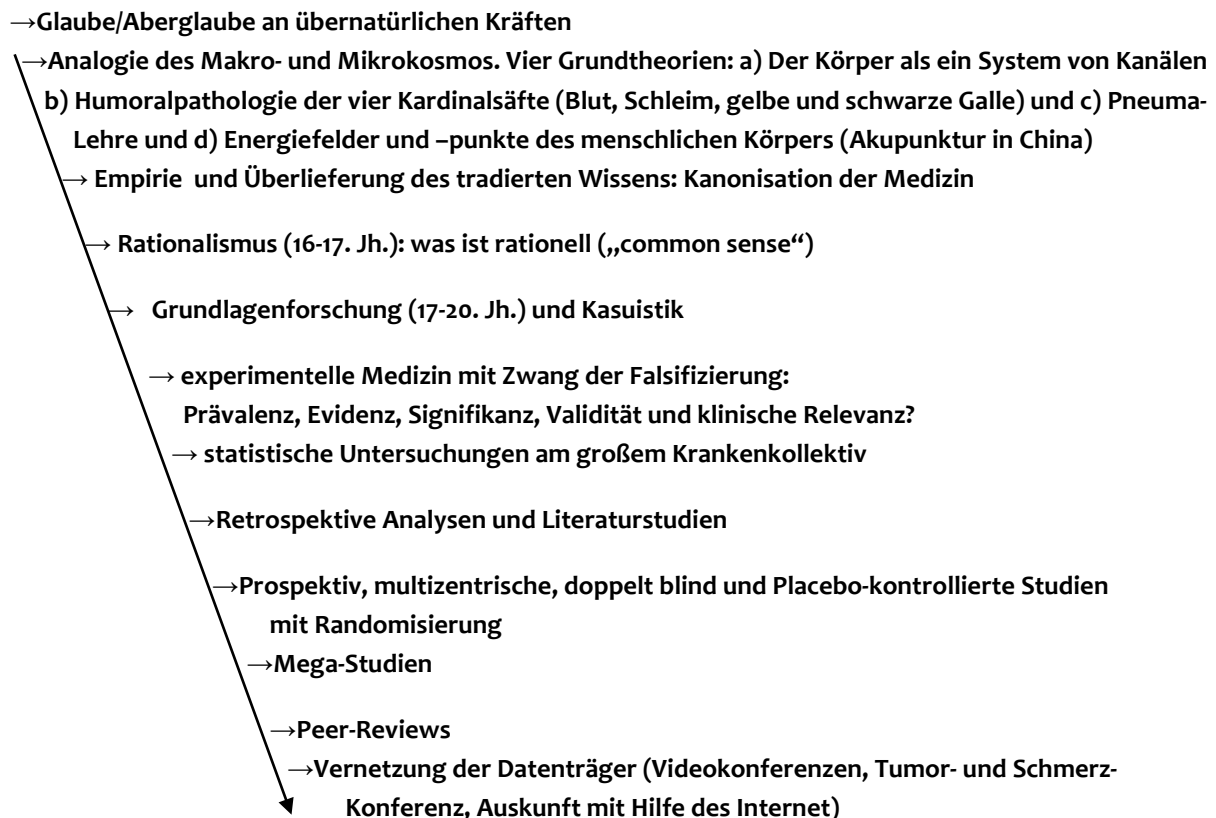
-Blickdiagnose und „Hurra-Therapie“ sind die häufigsten Quellen der Fehldiagnose. Als Arzt muss sich hüten, seine „Lieblingsdiagnose“ zu stellen und aus seiner großen Praxiserfahrung präformierte Vorurteile walten zu lassen.

- Nichts ersetzt das geduldige Anhören des Patienten; Anamnese gibt oft allein schon Hinweise für die Ursache und Ausmaß der Krankheit wie auch für deren Ertragen und erhoffte Heilungsaussichten.
- Nicht alles, was bei der Untersuchung zutage gefördert wird, muss dem Patienten mitgeteilt werden. Neben der „pia fraus“ gibt es auch das „heilende Schweigen“ (Béla Horányi). Daher kann ein psychoanalytischer Tiefgang dem Heilungsprozess u.U. abträglich werden.
- Tödlich verlaufende Krankheit, eine infauste Prognose ohne die Hoffnung auf evtl. Rettung dem Patienten mitzuteilen, ist inhuman, brutal und nur in seltensten Fällen zweckmäßig. Denn der Patient interessiert sich i.d.R. nicht für die Diagnose, sondern einzig allein für die Heilungschancen.
- Apparative Zusatzdiagnostik steht am Ende, und nicht am Anfang des diagnostischen Prozesses.
- Der Grundsatz, wonach es keine Krankheiten, nur Kranken gibt, gilt nach wie vor. Der idealisierte, als Durchschnitt ermittelte Patiententyp existiert nicht wirklich. Er ist lediglich der Produkt der prospektiven, multizentrischen, Placebo-kontrollierten und doppelt-blind Erhebungen, deren statistische Aussage weder eine genaue Diagnose, noch eine sichere Prognose erlaubt. Sie sind vielmehr als Therapie-Optimierung anzusehen, mit den Hintergedanken der Einklagbarkeit ärztlicher Entscheidungen.
- An staatlicher Reglementierung und juristischen Zwängen orientierende Heilpraxis ist kontraproduktiv, sie dient letztlich nicht dem Wohl des Patienten, sie erhöht lediglich die Rechtssicherheit des Arztes.
- Ein Recht auf Irrtum in erträglichem Maße müssen Laien, Staat und Gerichte der ärztlichen Handlung zubilligen. Dieses vertretbare Risiko hängt allerdings mit dem aktuellen Stand der Medizin zusammen. Die Medizin ist kein Reparaturbetrieb mit absolutem Garantieanspruch.
- Die Rechte des kranken Menschen müssen Vorrang haben vor finanziellen Vorschriften. Profit-orientiertes Denken ist ein Fremdkörper in der Heilkunde. Ansonsten fühlt sich der Arzt als Fremdling in der Heilkunde (Paul U. Unschuld). Es ist aber auch der sicherste Weg, um das gegenseitig mühsam aufgebaute Patient-Arzt-Verhältnis zu zerstören.
- Nirgendwo gelten Menschenrechte mehr als gerade in der Patientenversorgung und -fürsorge.
- Der Arzt darf sich nicht als Richter über Leben und Tod aufspielen; er ist auch nicht zum assistierten Selbstmord von unheilbar Kranken aufzufordern. Hingegen ist er verpflichtet, dem Sterbenden humane Zuwendung, ausreichende Schmerzlinderung, Angstlösung, Sedierung, ausreichenden Schlaf und Trost zu gewährleisten und spenden. Gerade im Sterbeprozess sind die spirituellen und religiösen Aspekte maßgebend. So steht der Priester den Angehörigen und dem Arzt zur Seite, wenn dieser Wunsch erkennbar ist. Todbringende Medikamente darf ein Arzt seinen Patienten niemals verabreichen.
- Budgetdeckelung, Begrenzung der Anzahl zulässiger Patientenbehandlungen ambulant und stationär sind genauso abzulehnen wie die Reglementierung durch staatliche Organe. Privatisierung ärztlicher Leistungen, um Kosten zu sparen, ist inhuman. Eine Strukturreform der Medizin darf auch nicht mit der als Tarnung beabsichtigten Rationalisierung gleichgesetzt werden, wenn darunter Personalstand und Versorgungsqualität nicht mehr gesichert sind.
- Rationalisierung ist nicht gleichzusetzen mit Rationierung. Wir sind nicht im Krieg und auch nicht in großer Not. Vielmehr stellt ein so brutales Vorhaben einen Akt der Barbarei dar.
- Zu beachten allerdings, dass von den medizintechnischen Firmen forcierte und durch staatliche Beschlüsse rechtsverbindlich gewordene Apparate, und noch mehr dirigistische Maßnahmen in der Diagnostik und Therapie haben mittlerweile ein die Staatsfinanzen gefährdendes Ausmaß erlangt.
- Von den drei ideellen Forderungen an eine gute Medizin: der allgemeinen Zugänglichkeit, der kostenlosen Versorgung und der optimalen Krankenfürsorge auf höchstem wissenschaftlichen Niveau lassen jeweils zwei in jedem gesellschaftlichen System verwirklichen. Nur die Erfüllung deren zwei schließt die Gewährung des dritten automatisch aus (Imre Haynal).
- Die Heilkunde ist kein Geschäft. Der Arzt ist kein Leistungserbringer und der Patient ist kein Kunde (siehe Anlage 3: „Grundsätze der ärztlichen Ethik in der Zeit des Tanzes um das goldene Kalb“)

Anlage 1: Stufen der Wahrheitsfindung in der medizinischen Forschung

- **Antike-Mittelalter-Renaissance:** Grundtheorie: Humoralpathologie (Störung der vier Kardinalsäfte). Kanonisierte Medizin, gestützt durch Autorität, Überlieferung und Empirie. Lehrmeinungen bindend
- **Frühe Neuzeit und Aufklärung:** Grundtheorie: Naturphilosophie (Descartes, La Mettrie, romantische Medizin). Erfahrungsmethoden, auf Grund anatomischer und pathophysiologischer Erkenntnisse in der Grundlagenforschung.
- **Späte Neuzeit:** Experiment ersetzt zunehmend Lehrmeinungen, gleichzeitig Überwindung der romantischen Naturphilosophie. Experiment und statistische Studien gelten als richtungsweisend. Zugleich setzt sich ein Technik- und Fortschrittsoptimismus in der Epoche des Positivismus durch.
- **Postmoderne:** Wissenschaftliche Skepsis und die Notwendigkeit, gesichert geltende Kenntnisse zu falsifizieren. Nur eine Annäherung an die Wahrheit möglich (Sir Karl Popper). Evidenz-fundierte Medizin löst Empirie und Tradition ab. Zugleich zunehmende Verknappung der natürlichen Ressourcen.

Die Suche nach Wahrheit in der medizinischen Wissenschaft:



Untersucht werden: Morbidität, Mortalität, demographische und genetische Faktoren, Krankheitserreger und -ursachen, Ausschlusskriterien für Diagnostik, Therapiestandards, prognostische Indizes, Therapieeffizienz, Überlebenschancen, Überlebenszeit und -qualität, Lebensqualität, Arbeitsfähigkeit, Patientenzufriedenheit, Arbeitsklima, aber auch Kosten-Nutzen- und Aufwand-Zeit-Effizienz

Anlage 2:

Kraftfelder der Erkenntnis in der Medizin

(nach Friedrich Curtius: Medizinisches Denken und Meinen, 1968, modif. und ergänzt)

Die Kraftfelder der Erkenntnis über körperliche Funktionen können als ein Herakleitischer Fluss mit Außen- und Innenbereiche dargestellt werden. An der Peripherie des Herakleitischen Flusses herrschen chaotische Zustände; nach innen nimmt die Ordnung zu und die Entropie ab. Dies wird durch eine begrenzte Lebensdauer der Lebewesen erkauft. Nur die genetische Code scheint ein quasi-fossile Überlebensdauer zu haben.

Außen → zunehmend exaktere, gesichertere Kenntnisse und Ordnung → *Innen*

Chaos	→	Fraktale	→ Ordnungsvorgänge	→ stabile Ordnung Durch Regelkreise
Entropie	→	Energie- und Stoffwechsel-Konsumierung aus der Umwelt		→ negative Entropie in Lebewesen als offene Systeme mit selbstregulierenden Regelkreisen
Form	→	Struktur	→	→ Funktion
Traum	→	Wirklichkeit	→	→ Modell
Magie /Aberglaube	→	Glaube	→ Empirie	→ Experiment → → gesicherte Fakten
Wachstum		programmierte Zellteilung und -differenzierung durch		→ genetische Code
Reize von außen (Exterozeption)	→	Reizempfindung, -leitung- und Reizverarbeitung		→ Rezeptoren der Sinnesorgane
Reize von i (Interozeption)	→	unbewusste Registrierung körperlicher Signale (automatische Regelung nach max./min. zulässigen Regelgrößen (Homöostase und Apoptose)		→ Rezeptoren des vegetativen und zentralen Nerven- systems
		Irritabilität und Sensibilität		→ Gefühl, Schmerz, Motorik
Selbstbewusstsein	→	Denken, Traum und Phantasie, schöpferische Kräfte durch Selbstreflexion und durch Interaktion und Verarbeitung der Außenwelt		
	→	Lernen als Prozess mit Speicherung nützlicher Reize durch Engramme im Gedächtnis → Abrufen gelernter Informationen für die Kommunikation		