

«Die Heilkunde wird eine Wissenschaft sein, oder sie wird nicht sein! Mir ist sonnenklar, dass da, wo die Wissenschaft aufhört, nicht die Kunst anfängt, sondern rohe Empirie und das Handwerk.» Der berühmte Satz von Bernhard Naunyn von 1905 hatte ausdrücklich die Behandlung der Patienten im Visier. Doch es blieb noch Jahrzehnte dabei: Entscheidungen über die Anwendung oder Zulassung neuer medizinischer Methoden folgten zumeist den Ratschlägen der Kapazitäten und professoralen Meinungsbildner. «Hier galten Eminenz, Vehemenz und Eloquenz mehr als empirische Evidenz», so H. Raspe.

Ein entscheidender Umschwung bahnte sich erst mit dem Aufkommen der evidenzbasierten Medizin (EbM) an, die einen notwendigen «hygienischen» Prozess in Gang setzte: Wo Glaube und



weist inhärente Schwächen auf. Ein Problem bezieht sich auf die Ein- und Ausschlusskriterien. Dies führt uns gerade eine aktuelle Studie im JAMA vor Augen (S. 484): Viele Patienten werden aus Studien ausgeschlossen, ohne dass es dafür eine Rechtfertigung gibt – mit der Folge,

Kochbuch-Medizin?

Meinung waren, sollen fortan wissenschaftlicher Nachweis sein. Manch eingefahrene Therapie und manch angelernte diagnostische Routine hat einer Prüfung in kontrollierten Studien nicht standgehalten, etliche therapeutische Neuerungen entpuppten sich als Pseudoinnovationen.

Obwohl in aller Munde stösst die EbM bis heute auf zum Teil heftige Widerstände. Manche sehen ihren Einfluss gar als Bedrohung, sehen unter dem Dirigat einer kalten Erkenntnistheorie die ärztliche Profession in Gefahr. Es wird das Schreckensbild einer Kochbuch-Medizin heraufbeschworen, die im Begriff stünde, die individuelle Arzt-Patient-Beziehung mit ihren Handlungsfreiheiten ad absurdum zu führen.

Natürlich, es ist richtig: Die EbM ist nicht primär patientenorientiert, sie ist blind gegen die besonderen Bande zwischen Arzt und Patient, die individuelle Situation des Kranken; ihre «Grösse» ist die Wahrscheinlichkeit, ihr ganzes Vertrauen gilt dem Mittleren. Und, ihr wichtigstes Arbeitsinstrument, die randomisierte und kontrollierte Studie, hat zweifellos Grenzen und

dass die Ergebnisse schwerlich in die Praxis übertragbar sind. Mangelnde Übertragbarkeit ist allerdings auch gegeben, wenn die Einschlusskriterien zu weit gefasst werden.

Doch was bedeuten solche und andere Einwände? Zunächst einmal, dass die kritische Bewertung auch von Studien mit perfektem Studiendesign für die evidenzbasierte Medizin eine harte Arbeit ist. Darüber hinaus muss jedem klar sein: Es wäre töricht, in blinder Unterwerfung an die Allmacht der EbM zu glauben wie einstmals an die der klinischen Lehrmeister. Selbstverständlich – und niemand bestreitet das – gibt es keine Heilkunde ohne klinische Erfahrung und Expertise. Die EbM gibt dem Arzt gleichwohl oftmals ein sehr nützliches «objektives» Hilfsinstrument für eine rationale Entscheidungsfindung an die Hand, nicht mehr und nicht weniger. Es ist so gesehen nicht recht einsichtig, wie seine Handlungsautorität dabei Schaden nehmen sollte. Sie wird, im Gegenteil, eher gestärkt.

Uwe Beise