

Evidenzbasierte Medizin aus psychiatrischer Sicht – wie wirklich ist die Wirklichkeit?

O. Bach

„Clinical observations like all other observations are interpretations in the light of theories“

Popper

Eine evidenzbasierte Medizin, die sich in ihrem diagnostischen und vor allem therapeutischen Handeln nach naturwissenschaftlich fundierten und durch Studien gesicherten Regeln ausrichtet, ist sicher ein von der Schulmedizin gewünschter und mithin favorisierter Ansatz. Jedoch sind bei Überlegungen zu diesem Thema Ambivalenzen im Spiele, die sich auf der Ebene der Begrifflichkeit, auf der Ebene der je eigenen Erfahrungen des einzelnen Arztes im Umgang mit dem individuellen Patienten und – in diesem Artikel in den Vordergrund gerückt – auf der Ebene methodologischer Erwägungen zum Gegenstand der Psychiatrie ergeben.

Begrifflich bedeutet Evidenz „einleuchtende Erkenntnis“; in der Psychiatrie gar wird der Begriff im Sinne absoluter Gewissheit über Ereignisse verwendet. Evidenzerleben, hat Offenbarungscharakter im Sinne der nicht hinterfragbaren Gewissheit, dass die Dinge so seien wie sie seien.

Es steckt in dem Begriff ein hohes Maß an Subjektivität, die dem Anspruch in der wissenschaftlichen Alltagsverwendung eigenartig entgegensteht. Die diesbezüglich philosophischen und semantischen Probleme haben Rogler und Schölmerick (2000) detailliert erwogen.

Der Widerspruch auf der zweiten genannten Ebene der persönlichen Expertise des Arztes resultiert unter anderem aus einer patientenzentrierten Sicht, die ihre Erkenntnisse gegebenenfalls aus langjährigen Kontakten zum Patienten, aus Einbeziehung von Familiensichten, aus Vorlieben des Patienten und seiner je einmaligen Verarbeitung von Krankheit und Leid sowie aus der Erfahrungswelt, dieses auch einmaligen Arztlebens zieht. Die als dritter Problem-bereich benannte spezielle psychiatrische Sicht auf Diagnostik und The-

rapie soll weiter unten aufgeführt werden.

Zunächst einige Bemerkungen zu der allgefälligen Neigung, evidenzbasierte Medizin als Heilsweg zu optimalen Betreuung gleichsam als Schild der modernen Schulmedizin vor sich herzutragen. Der Autor von Wickert führte im Deutschen Ärzteblatt (2005) aus, dass komplexe Studien ein hochartifizielles Milieu darstellen, die keineswegs die Wirklichkeit bei der Mehrheit der Patienten widerspiegeln. Auch die mathematisch überzeugendste Studie – die immer nur Aussagen über die untersuchte Population zulässt – sei nur ein Mosaikstein, der einzufügen sei in die Gesamtbetrachtung eines individuellen Patientenschicksals. Evidenz richtig verstanden, bedeutet demnach nichts anderes als die Berücksichtigung wissenschaftlicher Erkenntnisse. Evidenzbasierte Medizin gleichsam als Traum von der naturwissenschaftlichen Exaktheit in der Betrachtung von menschlichen Leiden ist von daher zu problematisieren. Dies geschieht auch durch die Bundesärztekammer, die in ihrem „Ulmer Papier“ (2008) das Thema aufgreift und auf das Dilemma des ärztlichen Berufs zwischen Medizin und Heilkunde – Mediziner und Arzt als Antipoden von Rollenverständnissen – hinweist. So wird formuliert: „Medizin ist umfassender als „Wenn-Dann-Entscheidungen“ naturwissenschaftlicher Prozesse. Sie ist im Wesentlichen eine praktische Wissenschaft, eine Erfahrungswissenschaft, eine Humanwissenschaft, die sich auch der Erkenntnisse der anderen Wissenschaften bedient. Dazu gehören selbstverständlich die Naturwissenschaften, aber auch die Psychologie, die Sozialwissenschaften, die Kommunikationswissenschaften, die Geisteswissenschaften und in bestimmten Umfange auch die Theologie.“ Mithin ist das Transzendente aus der Sicht unserer berufspolitisch wichtigsten Körperschaft auch ein Teil der Heilkunde. Man setze dies neben den Begriff der EbM.

Dabei sind selbst die transzendenten Wirkungen religiöser Einflüsse

auf Krankheiten zum Ziel wissenschaftlicher Studien geworden. Dass Beten helfen kann, wurde an der Duke Universität in Durham, USA, von einem führenden Kardiologen mit positivem Ergebnis geprüft (Psycho 1998). Religiöses Leben helfe, Krankheiten vorzubeugen, wurde in einer Studie von Prof. Matthews von der Georgetown-University (USA) nach Auswertung von 325 Studien, in die 91.909 Personen einbezogen waren, gesichert. Letztere Studie ist sicher durch Lebensstilelemente plausibel.

Ganzheitliche Betrachtungsweisen sind insbesondere für den Psychiater nicht neu. Ein Philosoph des vorigen Jahrhunderts Nicolai Hartmann hat von Schichtungen der Seinsbereiche des Menschen gesprochen, wobei er eine kategorische Gliederung der Welt des Seienden in das Organische, das Seelische und das Geistige anführt. Die aus seiner Sicht „niedrigeren“ Betrachtungsweisen des Anorganischen und Organischen seien wissenschaftlich besser bearbeitbar und das Begriffssystem eindeutiger fassbar. Der damit verbundene engere Ausschnitt aus der kategorialen Manigfaltigkeit gewinne aber nur Sinn, wenn man die Gesamtheit des Phänomenenbestandes im Auge habe. Der Mensch werde immer durch alle Seinsbenen beschrieben.

Psychiatrische Diagnostik im Speziellen kommt nicht zu optimalen Aussagen, wenn sie nicht neben den syndromalen (den Krankheitsphänomenen) auch die psychodynamischen, die sozialpsychologischen und – sofern fassbar – natürlich auch die organischen Faktoren im Auge hat. Therapeutische Ansätze, die dieses Konzept aufgenommen haben, müssen sich komplextherapeutisch definieren – psychotherapeutisch, sozialtherapeutisch und biologisch – und geraten damit naturgemäß in ein Dilemma der von naturwissenschaftlicher Strenge bestimmten Studien, die zu einer evidenzbasierten Medizin führen sollen, weil sich die Faktorenbündel in verwirrender Weise überschneiden und die methodische reine Trennung der Variablen, die Einfluss nehmen können, schwer gelingt.

Evidenzbasierte Medizin ist das Ergebnis von Suchstrategien unter Verwendung von statistisch bearbeiteten Datenquellen, die zu einem „Goldstandard“ führen sollen. Nun kann aber dieser Goldstandard nicht nur sein, was Konsensus-Konferenzen universitärer Medizin ermitteln, was durch Metastudien vom Corchane-Zentrum gesichert erscheint, was Leitlinien beschreiben, was gegebenenfalls Kassen bezahlen, sondern es ist zugleich doch auch was der erfahrene Arzt in Jahrzehnten in seinem Handeln erfasst hat, ja sogar – und in der psychiatrischen Therapie ist das Phänomen wohl zu bedenken – was der Patient wünscht. Es geht in der Diskussion um EbM, also auch um Ermessensspielräume des Arztes, die umso bedeutungsvoller sind, als der Boden auf dem medizinisches Handeln passiert, ein durchaus schwankender ist. 1996 kam eine Expertenkommission der WHO zu dem Ergebnis, dass nur 20 % aller medizinischen Leistungen eine gute empirische Evidenz aufwiesen. In 80 % war ein stufenloser Übergang von mehr oder weniger plausibler Evidenz hin zu keiner Evidenz gegeben.

Die weiter oben zitierten Zugänge zum ärztlichen Handeln und das „Ulmer Papier“ führen zu der Frage, wie sich die Problematik in der psychiatrischen Therapie und Diagnostik darstellt. Einer der bedeutendsten Theoretiker der Psychosomatik Thure von Üexküll (1988) meinte, dass der Arzt in unterschiedlichen Konzepten der Realität lebe, von der die eine die physikalisch-chemische sei, aber: „... die traditionelle Auffassung nach der die Entwicklung von Theorien in der Medizin Aufgabe der Grundlagenwissenschaften sei, die sich nur vor einer ethisch neutralen wissenschaftlichen Wahrheit zu verantworten haben, ist bereits das Produkt einer Theorie, die den Menschen aus der Realität eliminiert hat; sie mutet dem Arzt die unmögliche Aufgabe zu, aufgrund „un-menschlicher“ Theorien menschlich zu verantwortende Entscheidungen zu treffen“. Die Medizin des 20. Jahrhunderts sei eine Naturwissenschaft des 19. Jahr-

hunderts geblieben. Diagnosen seien Interpretationsmodelle einer Wirklichkeit, die Handlungsanweisungen geben, um eine Therapie einzuleiten, ohne die Gesamtproblematik des individuellen Patienten darzustellen. Der durchaus nützliche Versuch, aus einer Grundgesamtheit Faktoren zu analysieren, die operationalisierbar sind und bedeutungsvoll für eine diagnostische und therapeutische Strategie sein können, weil das so gewonnene Konstrukt weitgehend von dem Handelnden getragen wird, trägt die Gefahr in sich, die Krankheit des Einzelnen gewissermaßen selbständig als Ereignis an sich neben den Patienten zu stellen. Ein bekannter psychiatrischer Autor Simon hat das Phänomen in einem Buch mit dem beziehungsreichen Titel „Meine Psychose, mein Fahrrad und ich“ (2006) problematisiert. Der nomothetische Weg wissenschaftlichen Agierens führt über Operationalisierungen, Trendanalysen, verfeinerten Studiendesigns zu immer objektiveren, aber auch immer ausschnittfaheren, (bezogen auf das Individuum) Informationen. Am Ende weiß ich viel über das „Fahrrad“, aber wenig über den Menschen, der es fährt oder wie der Chirurg J. Horn ausführte: „Wir zählen die Gräten und schon meinen wir, die Lebendigkeit des Fisches zu verstehen“. In diesem Zusammenhang hat der Daseinsanalytiker Binswangers vor 50 Jahren ausgeführt: „Lässt die Psychopathologie den Menschen im Sinne des menschlichen In-der-Welt-seins außer Acht, so hängen ihre Konstrukte in der Luft, da sie sich mit bloßen Wortetiketten begnügen muss und nicht sieht und weiß, was es eigentlich zu klären gilt“ (1956); und der Kommunikationstheoretiker und systemisch orientierte Psychotherapeut Watzlawick (1985) meinte – psychiatriebezogen –, dass es nur eine wirkliche Wirklichkeit gäbe, habe sich als Idee nur in der Psychiatrie erhalten. So wie es bezüglich des Elements Gold relativ unbestreitbare physikalische Zuschreibungen – gleichsam Wirklichkeiten 1. Ordnung und aber auch Wirklichkeiten 2. Ordnung (ästhetische, wertbezogene, kulturgeschichtliche und marktwirtschaftliche) gäbe,

gäbe es eben auch für den kranken Menschen Wirklichkeiten 2. Ordnung – sein Fühlen, seine Weltsicht, seine kontextuellen Bedingungen. Was in der Psychiatrie diagnostiziert werde, seien nicht Krankheiten, sondern es würden Menschen beurteilt, die unseren Fragen ausgesetzt seien. In der psychiatrischen Theoriediskussion wird der Konflikt einer rein naturwissenschaftlichen Sicht des Krankseins als hirnbioologisches Ereignis (in den USA spricht man schon gar nicht mehr vom psychiatrist, sondern vom clinical neuroscientist) und dem Wesen, das Menschen als Person mit speziellen und individuellen Erfahrungen, gelebten Beziehungen und eben dem, was man Subjektivität nennt, bis heute diskutiert. So schrieb Ullrich (2006), dass sich der Mensch nur unter einem Doppelaspekt in der Medizin betrachten lasse, nämlich als Individuum und als Compositum von Prozessen, die gegebenenfalls naturwissenschaftlich fassbar wären. Ersteres lässt sich aber nicht reduktionistisch auf Letzteres zurückführen. Der Arzt-Psychiater stehe nicht dem Gehirn und seinen biochemischen Prozessen, sondern einem Menschen gegenüber.

Hinzu kommt ein weiterer Aspekt auf der Seite des diagnostizierenden (auch forschenden) Arztes. Der Vorstellung, dass die unterschiedlichen Betrachtungsebenen nur auf der Seite des Untersuchten (Beforschten) lägen, ist ebenso illusionär. Auch für den Arzt bzw. den Forscher gibt es eine subjektive Seite der Widerspiegelung der Welt. Sehr eindeutig hat das v. Förster, ein Vertreter des Konstruktivismus, formuliert: „Objektivität ist die Wahnvorstellung eines Subjektes, das es beobachten könne, ohne sich selbst“ (Zit. bei Glaserfeld 1985). Dass heißt, indem wir forschend und diagnostizierend Fragen stellen, bekommen wir Antworten, die auf unsere Fragen hin geordnet sind. Diese anthropologische Spezifität, dass ich als Untersucher immer mit definiert bin, bedeutet, dass wir nicht von Patienten sprechen können, ohne zugleich Aussagen über uns und unsere Institution zu treffen. Der Untersucher trägt eben wesent-

lich zum Befund bei, nicht nur zu dessen Bewertung. Dieser Aspekt einer subjektwissenschaftlichen Gegenstandsperspektive (Holzkamp 1985) ist eine Beleuchtung der Problematik über den nomothetischen, kontrollwissenschaftlichen Ansatz hinaus. Karl Popper (2005) sagt dazu: „Der Positivist wünscht nicht, dass es außer den Problemen der „positiven“ Erfahrungswissenschaften noch „sinnvolle“ Probleme geben soll, die philosophischer Durchdringung bedürfen. Es geht ihm um eine „naturalistische Methodenlehre“, die als Lehre vom Verhalten der Wissenschaftler oder ihrer Methoden verstanden werden kann – methodologische Regeln seien Regeln des Spiels „empirischer Wissenschaft“.“

Begäbe man sich gar noch auf das Niveau der theoretischen Physik wird das Phänomen der Veränderung des Untersuchungsgegenstandes durch die Untersuchung grundlegend. Gemäß der Heisenbergschen Unbestimmtheitsrelation lernt man durch Messung immer einen Gegenstand kennen, der durch den Messvorgang wesentlich verändert wurde. Was für die Elementarteilchenphysik von entscheidender Bedeutung ist, ist sicher bei Objekten vom Typ Mensch nur begrenzt – wenngleich auch fassbar – wirksam.

Geist, Seele, Person, Subjekt, Empathie, Introspektion, Selbstwahrnehmung sind Begriffe, die gängigen Reliabilitätsansprüchen kaum genügen, sich in Leitlinien oder evidenzbasierten Therapiestandards nicht unterbringen lassen; sie können aber entscheidend sein für die Arzt-Patientenbeziehung und in individuellen Therapieentscheidungen des einzelnen Arztes. Leder (1990) sieht die Gefahr, dass die moderne Medizin, wenn sie unscharfe Begriffe wie Subjektivität verbanne, gleich das ganze Subjekt mit eliminiere.

Bezogen auf psychiatrische Verhältnisse lässt sich auch auf dem Felde der Psychopharmakotherapie – das Gebiet der medikamentösen Therapie ist von der Natur der Sache her ein Hauptbereich der evidenzbasier-

ten Medizin oder des RCT-Ansatzes (rtc = randomized controlled trials) – jene vom Individuellen intendierte Unschärfe exemplifizieren. Manche Autoren sprechen von der Unschärferelation der Psychopharmakotherapie. Das Medikament Amitriptylin, um ein Beispiel zu wählen, hat gesicherte Wirkungen im Hinblick auf Stimmung, Antrieb, Angst und Schmerz. Diese Effekte führen zu wohlherwogenen Indikationsstellungen, die sich aus Studienergebnissen ableiten lassen. Was jedoch jenseits des Studiendesigns an weiteren Einflussfaktoren auf die individuelle Wirkung beim Patienten eine Rolle spielt (Erfahrungen des Patienten mit antidepressiver Therapie, Wirkungserwartungen des indikationsstellenden Arztes, psychotherapeutische und soziotherapeutische Teile des komplextherapeutischen Gesamtkonzepts und nicht zuletzt die individuelle Verstoffwechslung beim Patienten) kann entscheidend für die Wirkung sein, unter anderem auch in dem Sinne, dass die Effekte besser sind, als die Studienlage erwarten lässt. Der klinische Alltag ist manchmal wirksamer als die Studien, wie kürzlich im Deutschen Ärzteblatt (2006) bezogen auf Informationen auf die 72. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Kardiologie berichtet wurde.

Selbst in der psychopharmakologischen Forschung werden viele Studienergebnisse problematisiert, weil durch Bias in der Veröffentlichungspraxis (positive Ergebnisse haben eine größere Chance der Veröffentli-

chung in Journalen als negative), weil durch Dosierungsbias bewährte Präparate negativer bewertet werden als neue (Dose 2008) und weil durch ergebnisbeeinflussende Fragestellungen Verzerrungen der Wirklichkeit zustande kommen. F. B. Simon (1988) meint diesbezüglich, dass Forscher leicht in die Gefahr geraten können, „selbstversteckte Ostereier“ zu finden.

Die gesamte Problematik verstärkt sich erheblich, wenn man evidenzbasierte Medizin und psychotherapeutische Behandlungsstrategien zusammen bringen will. Tuschke (2005) formulierte zugespitzt: „Ist die Psychotherapie bei der Körpermedizin – wissenschaftsparadigmatische gesehen – überhaupt gut aufgehoben oder gelten nicht viel mehr ganz andere Maßstäbe und Paradigmen für sie?“ EbM sei zwar wichtig, decke aber nur einen Bruchteil der Varianz des Gesamtoutcomes der Therapie ab. Manche Autoren würden meinen kaum 15 %. Weitere 30 % fielen auf sogenannte unspezifische Faktoren wie Qualität der therapeutischen Beziehung, Patientenfaktoren und ähnliches.

Heaton (2001) prononcierte noch stärker; da Faktoren wie Intuition, Sitte, Liebe und Tradition für Psychotherapie wichtig, aber durch EbM nicht fassbar seien, spiele dieselbe für Psychotherapie kaum eine Rolle. Das aus dem primär auf die pharmakologische Forschung bezogene Wissenschaftsverständnis sei für die Psy-

chotherapie unfruchtbar. Psychotherapie sei eben kein Pharmakon (Revenstorf D., zit. bei Tuschke (2005). Schnyder, der Präsident der International Federation of Psychotherapy, meint gar, evidenzbasierte Psychotherapie sei per Definition vergangenheitsorientiert; wenn man sich auf die Evidenz verlasse, gäbe es keine Weiterentwicklung (2008).

Stellt man den wichtigsten Satz der Freudschen Psychoanalyse neben das Paradigma der naturwissenschaftlichen – evidenzbasierten – Medizin, wird der angesprochene Grundkonflikt noch offener. „Die Übertragung (jenes Phänomen, dass Gefühle und Einstellungen aus früheren gescheiterten Beziehungen auf den Therapeuten übertragen werden und so einer Be- und Verarbeitung zugänglich werden – Einfügung vom Verfasser) stellt sich in allen menschlichen Beziehungen ebenso wie im Verhältnis des Kranken zum Arzt spontan her, sie ist überall der eigentliche Träger der therapeutischen Beeinflussung, und sie wirkt umso stärker, je weniger man ihr Vorhandensein ahnt“ (Freud 1910). Es ist, wenn man so will, das kuriose Phänomen zu konstatieren, dass die Nichterkennbarkeit eines Wirkungsprinzips zum Kriterium desselben gemacht wird.

Derartige Grundlagen einer Theorie der Behandlung führten schon vor der Zeit der EbM zu jener „Geschichte des freiwilligen Ausgegrenztseins aus der akademischen Welt, die mit der radikal anderen Denkweise der Psychoanalyse zu tun hat, die ihre Erfahrungen aus der Praxis eines privaten Behandlungssettings“ zog (Kächele 2003).

Wenngleich die Effektivität der Psychotherapie unterschiedlicher Schulen als gesichert angesehen werden kann – die entscheidenden Wirkfaktoren sind nach der Meinung vieler Autoren sehr ähnlich – so ist es doch den Protagonisten kaum gelungen, diese Wirkfaktoren auf dem Hintergrund ihrer theoretischen Grundkonzepte – die nicht selten auf bedeu-

tende Zentralfiguren zurückgeben – zu differenzieren. Etwas ironisch spricht der Autor Zurhorst (2003) gar von „Eminenzbasierter Psychotherapie“.

Unabhängig von den methodologisch betrachteten Spezialfällen einiger psychotherapeutischer Schulen – die aber auch die Begrenztheit des Paradigmas der evidenzbasierten Medizin aufzeigen, ist allgemeiner festzustellen, dass die externe Evidenz problematisch ist. Der ärztliche Alltag ist komplexer, als es randomisierte Studien erlauben; im Grunde ist „all unser Wissen nur Vermutungswissen“ (Popper 2005).

Erst Recht in der Psychiatrie mit den auf das Krankheitsgeschehen einwirkenden vielfältigen subjektiven Faktoren und den lebensweltlichen Gegebenheiten, die die Situation mitbestimmen. Evidenz ist damit nicht durch die Übernahme der naturwissenschaftlichen Methodik als medizinische Rationalität allein gewährleistet. Die naturwissenschaftliche Aussage zielt auf kontextunabhängige vom Subjekt abstrahierte Aussagen hin, die sich einem Ideal wissenschaftlicher Aussagekraft zu nähern versuchen, dem der Einzelne aber widerstehen kann. Wiederholbarkeit von Ergebnissen und Identität stimmen eben nicht immer überein. „Good doctors use both individual clinical expertise and the best available external evidence, and neither alone is enough.“ meint Sackett (1998) und trifft Aussagen, die sich in der Literatur immer wieder finden. Insofern sei EbM eine „regulative Idee“ (Henningsen et al 1999), die aus der eigenen Erfahrung resultierende interne Evidenz muss der externen Evidenz zugefügt werden, um zu treffsicherem Handeln zu kommen. Die Erfolge eines solchen treffsicheren Handelns werden aber auch wesentlich von der Patientensicht mit bestimmt. Koller et al. (2006) sprechen von einem „Gesamtnutzen für den Patienten“. Um diesen zu erreichen, müsste die Patientenpers-

pektive in die Bewertung der Outcomvariablen unbedingt mit einbezogen werden.

Entscheidungen, die in psychiatrischen und psychosomatischen Therapieansätzen allein auf externen Studien basieren oder andererseits nur die klinische Erfahrung im Auge haben, sind letztlich insuffizient (Berner et al. 2000). Dies gilt aber auch für alle anderen medizinischen Fachbereiche. Wehren müssen sich die Ärzte insbesondere dann, wenn der Begriff der evidenzbasierten Medizin – wie manchmal politisch intendiert – im Sinne der Rationierung von Gesundheitsleistungen hochstilisiert wird. Es sei zum Schluss aber vermerkt, dass der Schulmedizin sicher weniger Gefahren aus Überbetonung des naturwissenschaftlichen Ansatzes drohen. Eher gehen Gefahren für den Patienten aus der Aufweichung der Medizin hin zur sogenannten „alternativen“ oder „weichen“ „Erfahrungsmedizin“ hervor, zumal dieselbe immer mehr Einzug in die von der Solidargemeinschaft finanzierten Behandlungsstrategien findet und sich auch schon in unseren Weiterbildungsordnungen etabliert. Man könnte die Vermutung äußern, je naturwissenschaftlicher, je technisierter, je weniger individualisiert, was Arzt und Patientenbeziehung angeht, sich Medizin für den Patienten darstellt, umso mehr blühen pseudomedizinische Angebote auf. Der „alternativen“ oder „sanften“ Medizin wohnen suggestive Elemente und Ideologien inne, denen sich die Schulmedizin – aus Hochmut? – aus der ambivalenten Sicht, dass sie mehr zu bieten haben müsste als modernen Medizinbetrieb, der sich vielleicht doch zu sehr in der Falle rein naturwissenschaftlicher Betrachtung verfangen hat, nicht kämpferisch genug stellt.

Literatur beim Verfasser

Korrespondenz:
Prof. Dr. med. habil. Otto Bach
Vorsitzender der Sächsischen Akademie für
ärztliche Fort- und Weiterbildung