

# EBM ist eine wichtige Komponente der medizinischen Praxis, doch nicht die einzige



Der Artikel von Professor J. Steurer in der vorliegenden Ausgabe der SÄZ [1] lässt aufhorchen. Es ist wichtig, den Nutzen der evidenzbasierten Medizin (EBM) im Hinblick auf eine wirksamere und effizientere Praxis hervorzuheben. Dennoch sei angemerkt, dass wenn EBM als Alpha oder Omega der Medizin angesehen werden kann, sie doch nie beides sein kann. Sie stellt einen wesentlichen Bereich der medizinischen Praxis dar, aber nicht den einzigen. Erinnern wir uns an William Osler: «It is much more important to know what sort of patient has a disease than what sort of disease the patient has.» Bei der Behandlung eines Patienten darf der Arzt das Individuum mit seiner Geschichte, seinen Lebensumständen und seiner Umwelt (soziale, physische ...) nicht ausser acht lassen. Ein erfahrener Kollege: «EBM berücksichtigt nicht die ewig präsente Komplexität in unserer Praxis: Multimorbidität, Polymedikation, psychiatrische Komorbidität, medizinisch-soziale Versorgung ... Um derlei zu behandeln, reichen monosynaptische Reflexe nicht aus.» Aus dem aufschlussreichen neuen Artikel von Andrea Abraham [2]: «Der Qualitätsbegriff lässt sich für Hausärzte kaum standardisieren oder quantifizieren (...) Dies stellt sich Qualitätsbewertungen entgegen, deren Zielvorgaben quantitativ in einem positivistischen Paradigma dargestellt werden.» Tatsache ist, dass EBM sich an «what sort of disease the patient has» hält – und die Entwicklung der wissenschaftlich sogenannten personalisierten Medizin wird daran nichts ändern.

Edouard Jéquier-Doge (1907–1988) war ein «Grand patron» der Inneren Medizin an der Fakultät von Lausanne und hat Hunderte von angehenden Ärzten geprägt. In seiner Antrittsvorlesung sprach er von «den Patienten, die gesund werden, um ihrem Therapeuten eine Freude zu machen» und bezog sich damit auf die Katamnesen, die nicht «konform» sind mit den aus EBM-Daten zu erwartenden quantitativen und qualitativen Ergebnissen. Trotzdem gibt es solche Verläufe, und sie helfen den Kranken, denn es geht ihnen besser oder sie genesen sogar. Anmerkung: Ich möchte doch annehmen, dass man den Patienten heutzutage zugesteht, selbst am besten zu wissen, ob sie sich gesund oder krank fühlen.

Ich erinnere mich, wie während unseres Studiums immer wieder darauf bestanden wurde, dass es nicht eine grosse und eine kleine Medizin – oder Chirurgie – gibt, sondern nur DIE Medizin. Gut, das sollte betont werden, um die Vorstellung zu verhindern, es gebe in der Medizin «Kasten» von unterschiedlichem Wert. Nun ist aber die medizinische Praxis nicht auf das beschränkt, was sich auf EBM stützt. Erfahrene Fachkollegen stellen fest, dass in der hausärztlichen Praxis

mehr als die Hälfte der Konsultationen ohne eine präzise Diagnosestellung stattfindet. Heisst das, dass die betreffenden Kollegen es nicht verdienen, Ärzte genannt zu werden? Selbstverständlich verdienen sie es, nur gibt es verschiedene Register in der Medizin, die jeweils ihre eigene Relevanz und Legitimität haben.

Vierzig Jahre lang stand ich in ständigem Kontakt mit praktizierenden Fachkollegen, auch wenn ich selbst nur während fünf Jahren klinisch tätig war. Aber diese fünf Jahre waren ausreichend, um mir darüber klar zu werden, welche Wirkung die Aufmerksamkeit hat, die der Person des Kranken geschenkt wird, welche Wirkung die Beziehung hat, das Charisma des Therapeuten, die «Chemie», die von EBM noch nicht erfassbar ist: eine «magische» Dimension – natürlich ohne jemals in den Bereich des Scharlatanismus oder Schamanismus abzugleiten. «In der Medizin wird es immer etwas jenseits der Wissenschaft geben, Randbereiche, Rätselhaftes (...) Die Rolle dieses Nebensbereichs, der sich des menschlichen Leidens auf seine Art annimmt, ist unbestreitbar.» [3]. Bernard Hoerni, Professor aus Bordeaux und ehemaliger Vorsitzender der Französischen «Ordre national des médecins», sagt: «Die Medizin hat rationale und relationale Anteile, Relation ohne Erklärung ist keine Medizin, aber Erklärung ohne Relation (EBM) ist eine unvollständige Medizin.»

Ich spreche hier vom Grossteil der täglichen Behandlungen (in puncto *disease*, *illness* oder *sickness* im angelsächsischen Sinne dieser Begriffe, einschliesslich Verstimmungen, die auch behandlungswürdig sind). Sicher ist die Situation nicht identisch in der Tertiärmedizin (grosse Kantonsspitäler und Universitätskliniken), bzw. in der Quartärmedizin (spezialisierte Abteilungen für das ganze Land). Wenn es um Patienten geht, deren Leben unmittelbar bedroht ist, deren Bewusstsein verändert ist oder fehlt, sind strikte objektive Kenntnisse von herausragender Bedeutung. Im übrigen gibt es auch in der Tertiär-/Quartärmedizin – ein Prozent der täglichen erfolgenden Behandlungen? – zahlreiche Erfahrungsberichte, die zeigen, dass beispielsweise eine Geste, ein Wort, ein Blick einer Intensivpflegekraft der Auslöser dafür sein kann, dass ein Kranker sich lieber an sein Leben klammert, als «loszulassen».

Natürlich sage ich nicht wie kürzlich ein Kollege: «Ja, EBM ist sehr gut, aber in homöopathischer Dosis.» Dennoch müssen für eine umfassende medizinische Praxis noch andere Dimensionen berücksichtigt werden.

Jean Martin, ehemaliger Waadtländer Kantonsarzt und Mitglied der Redaktion

1 Steurer J. Jeder Patient ist einzigartig: ein universales Killerargument gegen Standards in der Medizin? Schweiz Ärztezeitung. 2011;92(7):248.

2 Abraham A. Varianz als Norm. Schweiz Ärztezeitung. 2010;91(49):1967–70.

3 Kiefer B. L'efficacité démocratique. Rev Med Suisse. 2011;7:176.