

1982 Nr. 34

Münchener Medizinische Wochenschrift

Sonderdruck

Schriftleitung: Werner Lang, Jochen Aumiller, München. Verlag: MMW Medizin Verlag GmbH München

124. Jahrgang 1982

Heft 46 (Seite 18–21)

K. K. Überla zum Thema:

Die Qualität der Erfahrung in der Medizin

Prof. Dr. med. *K. K. Überla*, Präsident des Bundesgesundheitsamtes, Thielallee 88/92,
D-1000 Berlin 33.

Begriffe wie „Ärztliche Erfahrung“ oder „Erfahrung in der Medizin“ sind ungenügend definiert. Sie schließen die gesicherte empirische Erkenntnis, an der kein vernünftiger Zweifel mehr bestehen kann, ebenso ein wie vage Hoffnungen, die unter dem Druck der Not die einzige Hilfe bedeuten können. Die verschiedene Bedeutung gibt nicht nur zu Mißverständnissen zwischen Ärzten Anlaß. Sie ist auch eine der Ursachen dafür, daß man trefflich streiten kann. Das Wort „Erfahrungsmedizin“ darf nicht dazu verwendet werden, Erfahrungsgewinnung zu blockieren.

Anforderungen an die Qualität der Erfahrung. Welche Qualität ist von der Erfahrung in der Medizin zu fordern, welchen Anforderungen muß sie mindestens genügen? Wesentliche konsensfähige Punkte allgemeiner Art sind:

Erfahrung in der Medizin muß *empirisch* sein. Theorien allein genügen nicht, um Erfahrung zu begründen, ebensowenig wie die Aussage allein, man habe Erfahrung. Es müssen empirische Beobachtungen gemacht werden, am Tier und am Menschen. Diese Beobachtungen müssen belegbar und dokumentierbar sein. Sie sollten, soweit möglich, minimale Kriterien der Meßbarkeit erfüllen.

Erfahrung in der Medizin muß *wiederholbar* sein. Dies ist ein unverzichtbares Kriterium. Wo eine empirische Wiederholung des gleichen Ergebnisses unter den gleichen oder ähnlichen Bedingungen im gleichen oder ähnlichen Bezugsrahmen nicht möglich ist, wo Erfahrung also nicht

reproduzierbar ist, sondern wo nur das Rauschen des Zufalls bleibt, hört für mich empirische ärztliche Erfahrung auf. Dies muß man dann offen zugeben und abgrenzen, auch wenn immer die Hoffnung bleibt, daß wir morgen klüger sein können. Wenn wir es heute nicht sind, muß man es sagen.

Erfahrung in der Medizin muß in ihrer *Variabilität und Vielfalt* beschreibbar sein. Einzelfälle reichen ebensowenig aus wie Durchschnittswerte. Die Variabilität zwischen Patienten, zwischen Alter und Geschlecht, zwischen Risikogruppen, zwischen Ärzten und zwischen Behandlungen ist empirisch zu erfassen. Hier liegen Grenzen der Machbarkeit, die aber nicht dazu verleiten dürfen, die Variabilität und Vielfalt nicht zu beschreiben.

Erfahrung in der Medizin muß *überprüfbar und kommunizierbar* sein. Wenn eine Gruppe ihre Erfahrung von der Überprüfbarkeit und Kommunizierbarkeit ausschließt, verläßt sie die Grundidee der empirischen Erfahrungsgewinnung, die darin besteht, alles zunächst ernst zu nehmen und vergleichend kritisch zu prüfen. Es wäre schlecht für die Medizin, wenn sie in eine mittelalterliche Situation zurückfallen würde: nebeneinander bestehende, miteinander aber nicht redende Gruppen. Die Konsensfähigkeit von Erfahrung setzt ihre Kommunizierbarkeit und ihre Überprüfbarkeit voraus.

Zu allen diesen Punkten trägt auch die Statistik als empirische Wissenschaft bei. Die verschiedenen statistischen Verfahren sind formalisierte Erkenntnisinstrumente zur

Gewinnung von Erfahrung in der Medizin.

Begründung von Erfahrung. Ärztliche Erfahrung kann besser oder schlechter empirisch begründet sein. Man sollte nicht von Erfahrung sprechen, wenn wesentliche Voraussetzungen einer empirischen Erfahrung nicht gegeben sind, z. B. wenn man keine Dokumentation über Patienten vorlegen kann, die wenigstens im Prinzip unter ähnlichen Bedingungen zu wiederholbaren Ergebnissen an anderen Patienten führt. Der Grad der Glaubwürdigkeit empirischer Erfahrung in der Medizin hängt von einer Fülle von Gesichtspunkten ab. Ich möchte vier Begründungsebenen von Erfahrung in der Medizin abgrenzen:

Zunächst gibt es die Begründungsebene der *klinischen Intuition*. Sie ist der Mutterboden der ärztlichen Erkenntnis, führt aber für sich allein oft in die Irre und jedenfalls nicht systematisch weiter. Analogieschlüsse, auf Empirie basierende theoretische Überlegungen, ungewohnte Betrachtungsweisen, auch die Verknüpfung bekannter und neuer Erfahrungsinhalte gehören in diesen Bereich. Klinische Intuition ist keine Alternative zu den anderen Begründungsebenen, sondern ihre Voraussetzung.

Die zweite Begründungsebene ist die *Mitteilung von Kasuistiken und Einzelfallstudien*. Ein einzelner Fall kann wichtige empirische Hinweise geben. Durch Kasuistiken werden Details erkennbar, die einer Massenaussage fehlen. Einzelfallstudien, in denen ein einziger Patient systematisch therapiert wird, können z. B. durch „On-off-Effekte“ einen hohen Grad an kausaler Plausibilität erreichen. Die Übertragbarkeit auf andere Patienten ist freilich nur durch Analogieschluß möglich.

Die dritte empirische Begründungsebene sind *klinische Beobachtungsstudien*. Das ge-

naue Beobachten einer definierten Gruppe von Patienten in die Zukunft hinein, ohne experimentellen Eingriff, ermöglicht es, die Wiederholbarkeit an immer neuen Patienten unter ähnlichen Bedingungen zu erkennen. Mit solchen Beobachtungsstudien kann man Prognosen machen, z. B. über Überlebenszeiten. Man kann auf andere Patienten statistisch schließen und nicht nur per Analogieschluß. Man kann aber keinen Kausalschluß im strengeren Sinn ziehen.

Die vierte Begründungsebene schließlich sind *kontrollierte randomisierte Studien*. Sie sind als der sicherste Weg der empirischen Erfahrungsgewinnung in der Medizin international anerkannt. Neben der Wiederholung derselben Ergebnisse unter denselben Bedingungen erlauben sie durch die Zufallszuteilung im Prinzip einen Kausalschluß, soweit er überhaupt möglich ist. Dies erhöht die Sicherheit in der Begründung von empirischer Erfahrung.

Die vier Begründungsebenen stehen nebeneinander und ergänzen sich. Sie enthalten in ihrer Reihenfolge aber auch eine Reihenfolge der sich steigernden Qualität empirischer Erfahrung. Eine Aussage kann auf jeder Ebene richtig sein. Wenn sie auf der jeweils höheren Begründungsebene gemacht werden kann, ist sie empirisch besser fundiert.

Absolutheitsansprüche. Keine der Verfahrensweisen, mit der man Erfahrung in der Medizin begründen kann, darf einen Absolutheitsanspruch erheben. Es gibt in der Medizin kein für immer geltendes Dogma, sondern nur belegbare, wiederholbare empirische Erfahrung. Die Verfechter der kontrollierten Studien können nicht fordern, daß in jedem Fall eine solche Studie erforderlich sei. Ebensowenig können die Vertreter der sogenannten Außen-

seitermedizin fordern, daß sie allein wüßten, was Erfahrung in der Medizin sei und wie diese durch besondere Denkungsart zu begründen sei. Es gibt keinen vernünftigen Grund dafür, daß Vertreter der Homöopathie oder der Anthroposophie gegenüber der Schulmedizin in einer „Underdog-Mentalität“ verharren. Es ist vielmehr zu wünschen, daß man sich als Partner ernst nimmt und miteinander empirische Erfahrung austauscht. Die genannten Anforderungen an die Qualität von Erfahrung sind heute allerdings unverzichtbar.

Für die Gewinnung neuer Erfahrung ist es entscheidend, daß man sich an den Rand der jeweiligen Erfahrung begibt. Dieses Aufsuchen der Grenze der Erfahrung ist auch heute das Wesentliche. Das ernsthafte Infragestellen der eigenen Position bringt die Dinge voran. Dies gilt für Homöopathen und Anthroposophen in der gleichen Weise wie für die Schulmedizin.

Einzelfall und statistische Erfahrung. Es wird immer wieder behauptet, daß die Statistik nicht für den Einzelfall gelte und deswegen wertlos wäre für das Handeln des Arztes. Dies ist falsch. Statistische Massenaussagen, z. B. die in Sterbetafeln enthaltenen Aussagen, sind für das einzelne Schicksal höchst relevant und können nicht nur per Analogieschluß auf den einzelnen übertragen werden, sondern unter Angabe von Wahrscheinlichkeiten. Die Wahrscheinlichkeit dafür, ob ein Krebskranker in einem Jahr noch lebt, hat gravierenden Einfluß darauf, welche Behandlungen der Arzt ansetzen kann. Als Patient würde ich wesent-

liche Dinge in meinem Leben nach dieser Wahrscheinlichkeit einrichten. Statistische Aussagen in der Medizin grenzen den Bereich möglicher zukünftiger Ereignisse auf wenige relevante ein und geben dafür Wahrscheinlichkeiten an. Alle Beteiligten richten sich bisher intuitiv und mit Erfolg danach. Dies ist auch theoretisch berechtigt. Alle Analogieschlüsse in der Medizin, die zum ärztlichen Handeln Anlaß geben, sind formal und meist auch inhaltlich schwächer als wenn ärztliches Handeln geleitet wird von empirisch fundierten statistischen Massenaussagen. Der behandelnde Arzt modifiziert die statistische Regel mit gutem Grund durch seine individuelle Intuition. Darin liegt seine wesentliche Leistung. Die statistische Regel und die individuelle Intuition ergänzen sich, und keine wäre ohne die andere wirkungsvoll. Alle medizinischen Lehrinhalte, die das „Regelwerk“ der Medizin ausmachen, sind im Prinzip statistische Massenaussagen, die der einzelne Arzt auf jeden Patienten anwendet und auf seine Weise modifiziert.

Regulatives Handeln und Erfahrung. Der jeweilige Stand der Wissenschaft ist einem ständigen Wandel unterworfen. Der einzelne Arzt hat einen erheblichen Spielraum, die Erfahrung der Medizin für den Einzelfall zu interpretieren und mit seiner persönlichen Erfahrung und Intuition auszufüllen. Das staatliche Handeln der Regulierungsbehörde dagegen darf weniger geleitet werden von der subjektiven Erfahrung. Es hat den Rahmen für die subjektive Erfahrung des Arztes so weit wie

möglich zu stecken. Ein Medikament z. B. darf vom Markt nur ferngehalten werden, wenn die Sicherheit der Patienten und die Risiko-Nutzen-Abwägung dies erfordern.

Zulassungsentscheidungen setzen empirische Erfahrung voraus. Sie können im Regelfall nicht allein auf der subjektiven Meinung und der unspezifizierten Erfahrung eines einzelnen Arztes beruhen. Der Stand des empirischen Wissens ist heranzuziehen. Empirische, wiederholbare, überprüfbare Erfahrung ist nötig von einer Qualität, die hohen Anforderungen entspricht.

Die Entscheidungen der Zulassungsbehörde unterliegen der vollen gerichtlichen Nachprüfbarkeit. Das Bundesgesundheitsamt befindet sich ständig in der Situation, Entscheidungen zu treffen, die gerichtlicher Überprüfung standhalten. Daß Erfahrung in der Medizin gerichtlich überprüft wird, ist positiv zu bewerten. Erfahrung in der Medizin wird so – wenn man sich nicht einigen kann – mit den Mitteln des Rechtsstaates auf das jeweilig Machbare zurückgeführt. Dies läßt extreme Entscheidungen unwahrscheinlicher werden.

Das Umgehen mit Begriffen wie „Erfahrung in der Medizin“, „Ärztliche Erfahrung“ oder „Erfahrungsmethoden“ stellt hohe Anforderungen an den, der sie gebraucht. Es sollte immer dabei gesagt werden, welche Anforderungen an die Qualität von Erfahrung man im Einzelfall stellt. Es ist sicher leichter, bei einem nicht näher spezifizierten Begriff der „Erfahrung“ zu bleiben. Es ist aber auch in der Medizin besser, das zu glauben, was man sieht, und nicht das zu sehen, was man glaubt. Man sollte daher eher höhere Anforderungen an die Qualität von Erfahrung stellen als niedrigere. Vom Künstler und Musiker fordert man auch nicht, daß er erst auftreten darf, wenn er sein Werk quantifiziert hat. Man fordert von ihm aber heute, daß er dasselbe Stück noch einmal spielen kann, ohne viele technische Fehler, sonst wird er mit Recht ausgepiffen. Auch die ärztliche Kunst hat einen Stand erreicht, der die empirische Wiederholbarkeit derselben Leistung unter gleichbleibenden Bedingungen mit vorhersehbarem Ergebnis möglich und erforderlich macht. Schulmedizin, niedergelassene Ärzte und sogenannte Außenseiter tun gut daran, sich darauf einzustellen.