

Statistisch geleitete Medizin und Individualmedizin

Gedanken von Theodor D. Petzold

Der Goldstandard wissenschaftlicher Medizin scheint heute die statistische Medizin und dabei die randomisierte Doppelblindstudie zu sein. Wenn man wissenschaftliche Zeitschriften der Medizin liest, wird man mit Zahlenspielereien überhäuft – man sieht den Wald vor lauter Bäumen nicht mehr. Und es scheint, als würde es den Autoren ähnlich gehen. Deshalb sei einmal ein Blick von außen auf diese Art der Forschung bzw. Medizin versucht – auch weil sie den Anspruch hat, *maßgeblich* für die ärztliche Praxis zu sein. In der EbM ist sie das bereits. Für jedwede Zulassung und Verordnung von Medikamenten ist krankheitsbezogene Statistik die Grundlage.

So gehen die kritischen Überlegungen hier in zwei Richtungen:

1. allgemeine prinzipielle Überlegungen und Bedenken zu einer vornehmlich statistisch begründeten Medizin,
2. die Bedeutung für die Rolle und das Handeln des Arztes.

Prinzipielle Überlegungen – das ‚Gesundheitsaxiom‘ der modernen Medizin

Die statistische Medizin beruht auf statistischer Evaluation von Wirkungen von therapeutischen Mitteln, wie Arzneimitteln, technischen Anwendungen und OPs. Es wird also untersucht, welche Wirkung greifbare (und käufliche) Mittel auf die Erkrankung von Menschen haben bzw. auch manchmal, welche präventive Wirkung sie haben. Die persönliche zwischenmenschliche Interaktion wird in diesen Studien (ausgenommen einige psychotherapeutische) genauso ausgeblendet wie die individuelle Selbstheilungsfähigkeit. Beides zusammen wird undifferenziert pauschal unter dem Oberbegriff der Placebo-Wirkung subsummiert und damit auch als ‚Glaubenssache‘, ‚Kraft der Einbildung‘ o. Ä. disqualifiziert und nach Möglichkeit eliminiert.

Das grundsätzliche Axiom, der Glaube der hinter dieser Wissenschaft steht, ist, dass das (Arznei-)Mittel das Wichtigste für die Gesundung der Menschen sei – oder zumindest für die ärztliche Tätigkeit. Dieser implizite Glaube ist das Fundament der Arzneimittelforschung und begründet damit die Goldstandards der EbM. Bei z.B. der Untersuchung von Lebensweisen wie Bewegung auf die gesunde Entwicklung von Menschen kann man keine randomisierte Doppelblindstudien machen.

Nun gibt es aber schon eine ganze Reihe von großen epidemiologischen Untersuchungen (s. sog. Harvard-Studie, GEO Juni 2011 "Wie Leben gelingt" The study of Adult Development.; Grossarth-Maticsek 1999, 2008 u. a.), die aufzeigen, dass für ein gesundes Altwerden ganz andere Faktoren wichtig sind als die eingenommenen Medikamente. (Dabei dürfte u.a. auch der individuelle Umgang mit Medikamenten eine Rolle spielen – insbesondere wenn man bedenkt, dass die NNT von vielen Arzneimitteln höher ausfällt als die NNH, dass also Medikamente oft häufiger schaden als nützen.)

Wenn wir an die Stelle des axiomatischen Glaubens, dass die Wirkung von Mitteln das Wichtigste für die Gesundheit sei, das Axiom setzen, dass das grundlegend Wichtigste die Eigenkompetenz zur Annäherung an Gesundheit (implizite und explizite Selbstheilungsfähigkeit) ist, kommen wir zu gänzlich anderen Fragestellungen für die Forschungen. Als besonders wichtiger Bestandteil dieser gesunden Eigenkompetenz hat sich bisher schon das Gefühl und die Fähigkeit herausgestellt, sein Leben selbst

nach seinen Bedürfnissen und Zielen immer stimmiger gestalten zu können (Grossarth-Maticcek, Petzold, Sagan, u.a.m.).

Dann kommen wir zu einer gänzlich anderen Bewertung gesundheitsrelevanter Erfahrungen und Interventionen. Gründe für diese Grundannahme gibt es gute und viele, theoretische (aus dem Bereich der Dynamik komplexer Systeme: van der Kamp 2011, Petzold 2000, 2010, 2011 u.a.) und wissenschaftliche (Grossarth-Maticcek 1999, 2008; Grawe 2004; Gesundheitsförderung usw.) sowie praktische aus unterschiedlicher therapeutischer Tätigkeit (Fallbeispiele...).

Dann könnten wir z.B. zu der Schlussfolgerung kommen, dass eine Erziehung zur bewussten auch geistig-spirituellen Annäherung an eine integrierende individuell-sozial-kulturell-globale Kohärenz sowie die Schaffung kultureller Möglichkeiten, in denen die autonomen Individuen sich kreativ entfalten können, der allgemeine und größte Gesundheitsfaktor ist.

Dabei könnte auch herauskommen, dass die Gabe von Mitteln (das ‚Gesundheitsaxiom‘ der heutigen Medizin) in vielen Fällen kontraindiziert ist, weil sie das Gefühl der Menschen, selbst etwas tun zu können also ihre Eigenkompetenz, schwächt. Dass also die Medizin in weiten Teilen der gesunden Entwicklung der Menschen abträglich ist. Eine weitere verbreitete unerwünschte Nebenwirkung der Medizin könnte die Kultivierung von Depression und Stresserkrankungen sein durch die permanente und ausschließliche Anregung des Abwendungssystems (Stresssystems) durch Angstmacherei vor Krankheiten und Risiken.

Bei der gut gemeinten großzügigen Mittelvergabe ist allerdings ein möglicher positiver Aspekt nicht zu übersehen: Dem Patienten wird vermittelt, dass er Hilfe bekommt (zumindest in der Absicht), er also mit seinem Leiden nicht allein gelassen werden soll.

Um das zu belegen, müssten die Forschungen in erster Linie auf die Bevölkerung bezogen werden und erst in untergeordneter Linie auf diagnosebezogene Gruppen. Die übergeordnete Forschungsfrage muss dann heißen: Wie kann sich eine Bevölkerung möglichst gesund entwickeln? Dabei kann die Bevölkerung eines Dorfes, einer Region, eines Landes oder auch der Erde in Betracht gezogen werden – oder auch einzelne Menschen; ggf. auch die Menschen, die sich bei einer Praxis als Versicherte ‚eingeschrieben‘ haben.

Erst ausgehend von dieser Frage können wir die Rolle der Medizin beantworten: Wie viel trägt die Medizin zur gesunden Entwicklung der Menschen resp. der Bevölkerung bei? Und wodurch wirkt sie gesundend?

Mit dieser Fragestellung wird die systemische Interaktion der Medizin mit der Bevölkerung in Betracht gezogen. Und es wird dann auch die direkte Interaktion zwischen Arzt und Patient erforscht. Dann wird die Gabe von (Arznei-)Mitteln als ein Teil dieser Interaktion verstanden und nicht nur die isolierte Wirkung des Mittels untersucht.

Statistische Untersuchungen sind zur Evaluation von Wirkungen von (Be-)Handlungen sehr wichtige und unabhömmliche Mittel. Dabei sollten wir aber von einer ausschließlich krankheitsbezogenen Evaluation wegkommen. Als Goldstandard zur Untersuchung der Medizin sollte eine bevölkerungs- und gesundheitsbezogene Evaluation etabliert werden. D.h. dass wir evaluieren können, ob eine gegebene Bevölkerungseinheit durch eine Behandlungsmethode (sei es ein neues Medikament, therapeutische Methoden oder auch pädagogische oder ökonomische Ansätze usw.) gesunder wird. Aus dieser Perspektive ist erst eine intuitiv geleitete und rational korri-

gierte und begründete Ausrichtung der Tätigkeit der Gesundheitsberufe möglich, wie auch ihr sinnvoller und effektiver Einsatz.

Dabei wird auch klar, dass sich der Fokus der ärztlichen Tätigkeit mit der Entwicklung der Gesellschaft ändern wird: Wenn die Gesundheit einer Gesellschaft z.B. nicht mehr durch Unterernährung und schlechter Hygiene bestimmt wird, sondern durch Massenkonsum, Überernährung und Bewegungsmangel, muss sich auch die ärztliche Tätigkeit ändern. Es gilt dann ganz neue Ressourcen für die gesunde Entwicklung der Menschen zu erschließen als zu Zeiten der Hungersnöte und schlechten Hygiene.

Durch eine derartige statistische Evaluation würde vermutlich eine ganz andere EbM entstehen als sie sich in den gegenwärtigen Leitlinien ausbreitet.

Soweit ein kurzer Blick auf die Implikationen des ‚Gesundheitsaxioms‘ des Mainstreams der medizinischen Wissenschaften.

Prinzipielle Bedenken, Statistik zur Leitlinie zu machen

Es gibt einige grundsätzliche Zweifel, statistische Evaluation zur Leitlinie zukünftigen Handelns zu machen.

1. Wenn wir die Wirkungen von Mitteln bzw. Interaktionen der Vergangenheit zum Fokus des Handelns in der Zukunft machen, blenden wir eine mögliche Entwicklung des Menschen sowie seiner Umgebung aus. Die Vergangenheit wird isoliert, aus dem Zusammenhang der Evolution herausgenommen und in einer gedanklichen Konstruktion konserviert. Der zu behandelnde Mensch wird als in seinen gesundheitsrelevanten Daten (einschließlich der Medizin) dynamisch-statisches (nicht sich entwickelndes), isoliertes System („Maschine“) konstruiert.
Dieses wird heute als Problem deutlich u.a. an der Verschiebung und Neuentstehung von Krankheitsbildern und auch z.B. an der Entstehung von multiresistenten Keimen infolge massenweiser Gabe von Antibiotika.
Ob diese festschreibende Konstruktion einen größeren Einfluss auf die Ergebnisse der praktischen Medizin hat oder ob sie mehr ein theoretischer Mangel ist, der sich erst über lange Zeit auswirkt, ob sie also pragmatisch evtl. sinnvoll ist, kann jetzt nur spekuliert werden.
2. Bei der gängigen Art der (Arznei-)Mittelforschung gehen die Wissenschaftler im Grunde davon aus, dass alle Menschen organisch und funktionell gleich sind und reagieren. Es ist inzwischen allen hinreichend bekannt, dass diese Annahme grundlegend falsch ist. Deshalb wird heute häufig versucht, diesen grundlegenden Mangel zu beheben, indem man durch ein – irreführenderweise als „Individualisierung“ bezeichnetes – Bemühen die Zielgruppen der Evaluation verkleinert. Z.B. werden geschlechtsspezifische Unterschiede häufiger in Betracht gezogen. Im weitestgehenden werden genetische Faktoren berücksichtigt. Das sind sinnvolle Bemühungen, aber das kann nie das Individuum meinen, sondern immer eine Gruppe von Individuen, die durch ein gemeinsames Merkmal (wie z.B. auch Gene) gekennzeichnet ist.
Das Problem bleibt also immer das gleiche grundsätzliche: Eine statistische Evaluation kann nicht das Individuum in seiner einmaligen Ganzheit berücksichtigen und in Betracht ziehen – auch nicht durch eine sog. ‚Individualisierung‘. Diese Ganzheit ist aber nun gerade ein Synonym für Heilung und Gesundheit, also für das Ziel unserer therapeutischen Tätigkeit. Hier entsteht das

grundsätzliche Dilemma, das Matthiessen zwischen ‚Medizin‘ und ‚Ärztlicher Tätigkeit‘ beschreibt (s. MENSCH 41).

Arbeit mit statistischer Medizin in der ärztlichen Praxis

Bis jetzt habe ich theoretische grundsätzliche Bedenken daran geäußert, statistisch ermittelte Evaluationsergebnisse zur Leitlinie für Gesundheitsberufe wie insbesondere des ärztlichen Handelns zu machen. Im Folgenden geht es um unsere Haltung als Arzt/Therapeut/Berater gegenüber unseren PatientInnen/KlientInnen, die mit der gelernten, übernommenen und angewandten Theorie verbunden ist. Es geht jetzt um die individuelle Interaktion mit PatientInnen, in denen sich die Ausbildung spiegelt bzw. positiv formuliert geht es darum, wie wir in der Praxis mit der Theorie (auch statistischer Evaluation) umgehen können.

Wenn uns ein Patient gegenüber sitzt, können wir aufgrund der EbM nicht wissen, ob er zu den Patienten gehört, die von dem empfohlen Medikament profitieren oder nicht, sondern nur die statistische Wahrscheinlichkeit seines Profits benennen.

In Zahlen ausgedrückt heißt das z.B.: Bei der Gabe eines Antihypertonikums müssen 35 PatientInnen fünf Jahre das Mittel schlucken, damit einer von ihnen keinen Schlaganfall erleidet, der ohne das Mittel einen bekommen hätte. Welcher Ihrer PatientInnen ist dieser glückliche 35.? Wenn es um eine Verlängerung des Lebens durch das gleiche Medikament geht, profitiert der 86. Patient – ist dieser vielleicht schon Ihr erster? Und Sie brauchen die anderen 34 bzw. 85 gar nicht behandeln, weil das statistische Wirkungsquantum schon ausgeschöpft ist? Diese Darstellung ist jetzt freilich provokatorisch und statistisch nicht korrekt, da auch beim zweiten Patienten die gleiche (Un-)Wahrscheinlichkeit gilt wie beim ersten. Allerdings auf die Gesamtzahl der PatientInnen wiederum stimmt die Rechnung.

Mit welcher Haltung bieten wir solche Behandlungen an? Wenn man von der statistischen NNT ausgeht, kommt es mir so vor, wie eine Lotterie für den Patienten. Jedes 35. Rezept=Los aus dem von mir bereitgehaltenen EbM-Topf erspart dem Patienten, der dieses zieht, einen Schlaganfall (kleiner Gewinn; vielleicht für ein Jahr oder auch weniger oder mehr?), jedes 86. Los ermöglicht ihm ein etwas längeres Leben (Hauptgewinn). Dafür erfährt aber etwa jeder 5. Patient, der das Los einer solchen Verordnung von mir zugeteilt bekommt, Einbußen seines Wohlbefindens (UAW). Er zieht also eine Niete, die aber nicht nur kein Gewinn bringt sondern eine Buße fordert (also treffender als ‚Arschkarte‘ bezeichnet; also den ‚harm‘ und die NNH). – Und ich als ärztlicher Praxisinhaber bin der Losbudenbetreiber, der diese Lose verteilt (trotz des Hippokrates-Eides) und zwar nicht an jedem einzelnen Los verdient aber insgesamt an diesem Job. Das ist die Tätigkeit aufgrund einer streng genommen statistisch begründeten EbM-Leitlinienmedizin: Verteiler von Losen, die häufig mit einem hohen Risiko an Verletzung verbunden sind.

Eine solche Rolle muss doch einen Arzt zum Nachdenken bringen und zum Suchen nach wirkungsvolleren Tätigkeiten – oder?

Dabei hat ja die EbM mit vielen eminenzbasierten Irrtümern der Medizin aufgeräumt und damit die Tür für eine Weiterentwicklung der Medizin geöffnet. Das soll hier betont werden. Fragwürdig erscheint allerdings, wenn an die Stelle der alten Eminenz jetzt die statistisch fundierte EbM der (Arznei-)Mittel tritt – wenn also die Arzneimittel-EbM zur neuen Eminenz wird.

Oder anders: Wie sieht die Weiterentwicklung der statistischen Medizin aus? Eine personenzentrierte Medizin, die bevölkerungsbezogen evaluiert wird? Oder auch eine

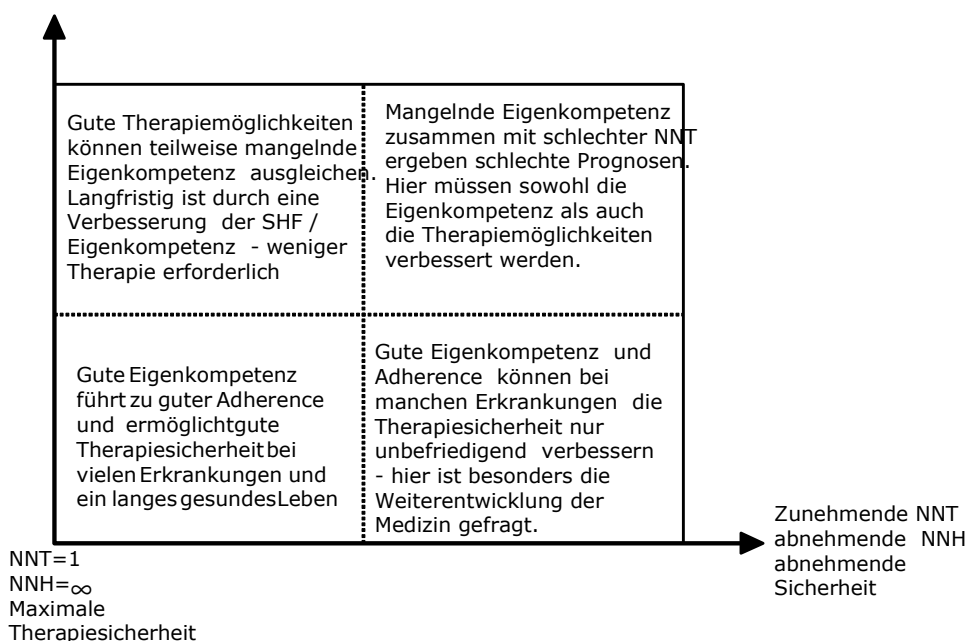
(interaktions-) kommunikationsfokussierte Individualmedizin? Eine Dialog-Medizin? Der Begriff ‚personenzentriert‘ führt zwar direkt zur Beachtung des Individuums und damit implizit auch zur individuellen Interaktion. Weil er explizit aber nur die Personen benennt, kann allerdings auch ein Ausblenden des Behandlers sowie der sozialen und kulturellen Kontextbedingungen begünstigt sein, weshalb ich ‚interaktions-, oder ‚kommunikationsfokussierte‘ Medizin vorziehen oder dazufügen würde. Gleich, wie wir sie nennen mögen, immer geht es um eine einmalige, nicht reproduzierbare komplexe Interaktion zwischen (mindestens) zwei Ganzheiten. Dabei bildet das statistische Wissen des Behandlers ein Teilaspekt seiner Ganzheit, den er mehr oder weniger in die Kommunikation einbringt.

Wenn wir wirklich die Effektivität unserer Medizin untersuchen wollen, können wir es nur am bevölkerungsbezogenen Ergebnis professioneller Tätigkeiten im Vergleich mit ähnlichen Bevölkerungsgruppen. Dies wird umso dringlicher als wir im interregionalen und internationalen Vergleich feststellen müssen, dass anscheinend eine hohe Arztdichte und angeblich hochqualifizierte medizinische Versorgung die Bevölkerung nicht deutlich gesünder und länger lebend macht. Viele ExpertInnen haben zu den möglichen Gründen schon ihre Meinung dargelegt und diese sind in vielen Punkten auch übereinstimmend. Von den Verantwortlichen im System werden allerdings keine Konsequenzen gezogen. Vielleicht würden epidemiologische Untersuchungen die Forderungen bestärken.

Behandlung und Anregung/Förderung der Selbstheilungsfähigkeit sowie Eigenkompetenz

Angeregt durch und in Anlehnung an Harald Kamps Vektorgrafik zur Sicherheit und Übereinstimmung habe ich auf der vertikalen Ordinate ‚Übereinstimmung‘ ersetzt durch ‚Eigenkompetenz/Selbstheilungsfähigkeit‘ und die Sicherheit durch die Berücksichtigung der NNT und NNH quantifizierbar definiert. Für die y-Koordinate gibt es noch keine befriedigende Operationalisierung (eine Zusammenstellung aus LQ, Selbstregulation von Grossarth-Maticek, SOC (Antonovsky) und FSA (Petzold) wird z. Zt. von uns geprüft).

Abnehmende Eigenkompetenz (Gestaltungsfähigkeit, Selbstheilungsfähigkeit SHF)



Das Diagramm sagt noch nichts aus über die Relation der Bedeutung der beiden Koordinaten für die gesunde Entwicklung der Bevölkerung. Es kann sein, dass die x-Achse, die Sicherheit der Therapie insgesamt nur eine sehr geringe Bedeutung hat im Vergleich zur Eigenkompetenz. Auf jeden Fall erscheint heutzutage und in der absehbaren Zukunft die weitaus größere Ressource für die gesunde Entwicklung in den Industrieländern in der Entwicklung der Eigenkompetenz zu liegen und nur ein verschwindend kleines Quantum in der Verbesserung der medizinischen wie medikamentösen und operativen Interventionen.

Ist die Rolle der Medizin an der weitgehenden Überwindung von Infektionskrankheiten schon umstritten (vgl. Sagan 1992: Die Gesundheit der Nationen.) und ebenso an der erhöhten Lebenserwartung heute (abgesehen von der Perinatalmedizin), so wird ihre Rolle heute und in der absehbaren Zukunft noch geringer ausfallen, da die großen ‚Seuchen‘ der heutigen Zeit ganz überwiegend durch die individuelle, soziale und kulturelle Kompetenz der Menschen bestimmt werden.

Folglich müssen wir uns auch als Ärzte (andere Gesundheitsberufe tun es schon eher) ganz besonders der Steigerung der Selbstheilungsfähigkeit, also der gesundheitlichen Eigenkompetenz (implizit und explizit) unserer PatientInnen sowie der Bevölkerung insgesamt (und damit auch der sozialen und kulturellen Systeme) zuwenden.

Damit kommt die systemische Interaktion (Resonanz, Kommunikation) in allen Daseinsdimensionen in den Fokus.

Diese Tätigkeit sollten wir zunächst qualitativ beforschen, weil sie die jeweils sehr komplexe individuelle Selbstregulation und Interaktion betrifft. Geeignete Forschungsfragen könnten sein: Welche Interaktionen und Empfindungen treten beim bzw. zwischen Patient und Arzt auf, wenn nachfolgend das Wohlbefinden gesteigert wird? Gibt es besondere Passigkeit / Stimmigkeit zwischen Patient und Arzt, in deren Folge gesteigertes Wohlbefinden auftritt (gesunde Entwicklung). Das Ergebnis sollte dann allerdings auch an der gesunden Entwicklung der Bevölkerung zu evaluieren sein.

In der Konsequenz kann das bedeuten, dass der Hausarzt entweder viel mehr jenseits der medikamentösen und instrumentellen Interventionen an der Anregung der Selbstheilungsfähigkeit und Eigenkompetenz arbeitet oder aber wir viel weniger Ärzte brauchen und für die wirklich in der Breite wirksame Gesundheitsarbeit anders ausgebildete Profis arbeiten, wie z.B. Gesundheitscoaches.