

# Kritik und Antikritik der EbM in Deutschland

Heiner Raspe

Prof. Dr.med. Dr.phil. Heiner Raspe  
Institut für Sozialmedizin  
Universitätsklinikum Schleswig-Holstein, Campus Lübeck  
Beckergrube 43-47  
23552 Lübeck  
Tel. 0451/79925-20  
Fax. 0451/79925-22  
e-mail: [heiner.raspe@sozmed.uni-luebeck.de](mailto:heiner.raspe@sozmed.uni-luebeck.de)

## 1. Einleitung

Meiner sehr verehrten Damen, meine Herren, liebe Kolleginnen und Kollegen, liebe Freunde,

Das Netzwerk war so freundlich, das von Frau Schlademann et al gezeigte Poster aus unserem Institut zu prämiieren. Hierfür danken wir sehr. Prof. Neugebauer würdigte eine Posterpräsentation und –auszeichnung als erste Schritte einer wissenschaftlichen Biographie. Ich kann ihnen jetzt von einem der letzten Schritte berichten: es ist der Festvortrag – eine, wenn Sie so wollen, Alterserscheinung.

Anfangs glaubte ich, heute Abend die Wahl zu haben. Ich fragte mich, ob ich Suppe, Fisch, Geflügel, Wild, Käse, Dessert oder Café sein wolle/solle? Oder nur eine Amuse-gueule oder eine Beilage? Oder gar ein Essensersatz? Für 15, 30 oder 45 Minuten? Die Entscheidung schien mit schwierig, und – offen gestanden: ich war kurz davor, mich der Wahl ganz zu entziehen - das Thema zu sperrig, der Ort ungeeignet, und ich ein schlechter Entertainer. Zum Glück hat sich das Problem der Wahl in Luft aufgelöst. Wir allen haben den Hauptgang (Geflügel) schon hinter uns.

Nun sind wir mitten in der 40tägigen Fastenzeit, der Quadragesima, einer Zeit der Abstinenz und ernsten Besinnung. Und so ist es einerseits würdig und recht, dass Sie noch etwas auf das Dessert warten müssen.

Andererseits mag es nicht schaden, wenn wir unsere EbM einmal – bußfertig - im Spiegel ihrer Kritik reflektieren. Zum Glück ist die Fastenzeit auch eine Zeit der Hilfe und Unterstützung Hilfsbedürftiger. Vielleicht lässt sich auch hieraus etwas machen....

Kritik und Antikritik: wieder stand ich vor einer Wahl.

Denke ich an die Zeit um 1968 zurück (das Jahr meines Physikums), dann fallen mit zu diesem Begriffspaar Schulungskurse in DiaMat ein. Die

Abkürzung steht für Dialektischer Materialismus. Die Mitglieder der Basisgruppe Medizin in Freiburg trafen sich zu Schulungen, wir bereiteten uns auf phantastische Streitgespräche mit der Bourgeoisie vor, vorzugsweise mit Vertretern der sog. repressiven Toleranz. Es ging wie beim Fechten: Angriff des Gegners, eigene Parade und Gegenangriff.

Sie merken schon, dass meine Begeisterung für solche Trockenübungen abgeklungen ist. Ich schlage vor, dass wir Kritik ernster nehmen und ihr aufmerksamer und geduldiger zuhören.

Außerdem sind die Standardeinwürfe schon von Sackett et al 1996 befriedigend behandelt worden. Sie erinnern sich: alter Hut, nicht praktikabel, Kochbuchmedizin, Instrument der Kostenkontrolle, identisch mit RCTs und Metaanalysen...

## **2. Allgemeine Merkmale der Kritik**

Für ein umfangreicheres Manuskript habe ich gerade versucht, mir einen Überblick über die deutsche Kritik an der EbM seit Ende der 1990er Jahre zu verschaffen. Für heute Abend nachdenkenswert erscheinen mir die Einwürfe von v. Uexküll und Herrmann (1999, 2000) und von Kiene (2001) und Kienle et al. (2003).

Wenigstens erwähnen will ich die Anmerkungen von Rogler und Schölmerich (2000), Middeke (2001), Flachskampf (2002), Kolkmann und Enke (2002), Reinauer (2002, 2004) und Niroomand (2004) – sie bleiben heute unberücksichtigt.

Bevor ich zu Details komme, einige allgemeine Bemerkungen; sie beziehen sich auf Gemeinsamkeiten der Kritiker:

1. Zu meiner Überraschung wird niemals der Nicht-Gebrauch der EbM kritisiert. Es scheint nur „commission errors“, keine „omission errors“ zu geben. Dabei wäre es längst angebracht, z.B. auf dem Feld der IGeL (der sog.

individuellen Gesundheitsleistungen) mit Hilfe der EbM aufzuräumen – auch wenn es einem wie auf der Buxtehuder Heide gehen könnte, wo die Igel immer rufen: ick bün all doar. Dennoch hoffe ich, dass sich die Zentrale Ethikkommission der Bundesärztekammer mit dieser vielgestaltigen und für unser Verständnis von Arzt-Sein und Medizin nicht ungefährlichen Tierart beschäftigen wird.

2. Alle Kritiker fühlen sich zu langen erkenntnistheoretischen und philosophiegeschichtlichen Einführungen herausgefordert. Unter Plato, Kant, Popper läuft nichts. Oft scheint mir das Problem am falschen Wörterbuch zu liegen. Die Oculi (für die Heiden unter uns: wir haben gerade den dritten Fastensonntag erlebt) richten sich in der Regel auf deutsche Konversations- oder Philosophielexika. Besser würden sie, und dieser Rat ist mein gutes Werk für heute, in englische schauen.

Es ergäbe sich dann, dass „evidence“ zuerst in die Welt der Rechtsprechung gehört, dass der Begriff nichts anderes bedeutet als „Beweismittel“, dass jede Beweislehre deren viele kennt, von durchaus unterschiedlicher Qualität, dass man sie immer dann braucht, wenn eine Sache nicht von sich aus evident, sondern umstritten ist und dass es im Falle von Unsicherheit und Zweifel immer auf eine verständige Beweiswürdigung ankommt.

3. Die Schattenseite der blendenden philosophischen Fundierungen ist, dass die EbM und ihre Erkenntnismethodik trivialisiert werden. Je höher der Überbau, desto schäbiger das Aschenbrödel EbM.

4. Damit verfehlen die auf den Schultern der Philosophie-Riesen sitzenden Kritiker den pragmatisch-empiristischen, also einfachen und handfesten Charakter der EbM im Sinne Sacketts. Ihm geht es (wie ich es sehe) um die Nutzung der „best available external clinical evidence from systematic research“ in der klinischen Situation. Wir alle wissen inzwischen, dass man solche Evidenz auch für Systementscheidungen, also auf der Ebene der gesundheitlichen Versorgung nutzen kann und muss.

5. Ein weiteres Problem liegt darin, dass sich die Kritiker nicht zu einem klaren Verständnis von Klinischer Medizin durchringen können. Viele

Wissenschaftstheoretiker bestimmen sie heute als eine Handlungs- oder Praxiswissenschaft eigenen Rechts. Und dieses Orientierungsdefizit beinhaltet, dass die Kritiker weder die Eigenständigkeit noch den Wert der sog. klinisch-evaluativen Forschung erkennen können – der Forschung, die die Determinanten und Folgen klinischer Entscheidungen und Handlungen untersucht.

Im Gegenteil, gelegentlich tritt eine spezifisch deutsche Geringschätzung dieser Forschung zu Tage.

Dazu ein kurzer Exkurs im Sinne von Reminiscere (2. Fastensonntag): Sie wissen, dass Paul Martini 1932 das weltweit erste Lehrbuch der klinischen Epidemiologie unter dem Titel „Methodenlehre der therapeutischen Untersuchung“ veröffentlicht hat, 5 Jahre vor Bradford-Hill's „Principles of Medical Statistics“. Martinis Buch erlebte vier Auflagen und verschwand dann, nicht nur als dieses Buch, sondern auch als Programm des von ihm sog. klinischen Beweises.

Ich führe dies auf eine frühe falsche Programmierung der deutschen wissenschaftlichen Medizin nach dem zweiten Weltkrieg zurück. 1947 fand in Karlsruhe der erste Nachkriegskongress der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin statt, 1948 der zweite, schon wieder in Wiesbaden.

1947 war Paul Martini Tagungspräsident und hielt die Eröffnungsansprache, im Schatten der von Mitscherlich und Mielke aufgedeckten „Medizin ohne Menschlichkeit“ des Dritzens Reichs.

Er sah sich veranlasst, vor einer spezifischen Reaktionsbildung zu warnen: „Was wir ... jetzt vielfach sehen, ist eine überstürzte Flucht von einem eben noch verehrten mechanistischen Weltbild, das zu einer Enttäuschung geführt hat, zu einer neuen Einseitigkeit, die bis zur Diskreditierung des kausalen Denkens führt, das für das mechanistische Zeitalter verantwortlich gemacht wird.“ Er wünschte sich – 1947 - zum Ausgleich nicht „irgendwelche schöngeistigen Vorlesungen“, sondern eine „bewusste Ausbildung logischer und erkenntnistheoretischer Fähigkeiten ...“, damit nicht nur die Verfasser wissenschaftlicher Arbeiten, sondern auch deren Leser die Maßstäbe der

Kritik besitzen und anlegen, die sie befähigen, Unbewiesenes von Bewiesenem und Hypothetisches und Mögliches von Wahrscheinlichem und Regelmäßigem zu unterscheiden.“ Diese Ausbildung sollte nach Martini schon im Studium begonnen werden.

Der erste Halbtag des zweiten Kongresses (1948) stand dagegen, auch dies scheint mit einer spezifischen Reaktionsbildung zu sein, im Zeichen der psychosomatischen Medizin. Hauptreferenten waren Viktor von Weizsäcker und Alexander Mitscherlich. Die Spannung besonders zwischen Mitscherlich und Martini, 1948 in der Rolle eines kritischen Koreferenten, ist mit den Händen zu greifen. Im Wesentlichen scheinen sie mir an einander vorbeigeredet zu haben: Mitscherlich plädiert für ein sinnverstehendes hermeneutisches Vorgehen in der pathoätiologischen Analyse der Krankheitsbilder, Martini beharrt auf empirischen Beweisen („Evidenz“ im Sinne der EbM) für die Richtigkeit der Analysen und mehr noch für Wirksamkeit und Nutzen des psychotherapeutischen Vorgehens bei internistischen Erkrankungen.

Gegen den Vorwurf eines engen „naturwissenschaftlichen“ Krankheits- und Wissenschaftsverständnisses prägte er den heute noch gültigen Satz: „Wir (erkennen) keine naturwissenschaftliche, sondern nur eine wissenschaftliche Medizin an...“.

Die klinische Forschung in Deutschland, so ist meine Hypothese, fand keinen Platz zwischen der traditionell hoch geschätzten und rasch wieder in Fahrt kommenden Grundlagenforschung und der sich selbst adelnden geisteswissenschaftlich orientierten Forschung im Sinne von Psychoanalyse und Psychosomatik. Klinisch-evaluative Forschung erschien als Datenhuberei, als geistloses Unternehmen, eines wahren Wissenschaftlers bzw. Gelehrten unwürdig.

### **3. Spezifische Kritiken**

1. Von Mitscherlich 1948 ist es nicht weit zur Kritik von von Uexküll und Herrmann. Ihr eigentliches Thema ist nicht die Evidenz-basierte, sondern die Patienten-orientierte Medizin, das Lebenswerk von Uexkülls, des Vaters und Nestors der integrierten Psychosomatischen Medizin. Er starb 2004.

In der EbM wird nicht nur ein Konkurrent um die aktuelle Aufmerksamkeit gesehen, ihr wird auch das Risiko zugeschrieben, das, worauf es den Autoren selbst immer ankam, zu „eliminieren“.

Sie interessieren viel mehr die „Konstellation“ zwischen Patient und Arzt, „um sich ... auf den Behandlungsauftrag zu einigen“, „ob und inwieweit etwas, das der Arzt dem Patienten aufgrund pragmatischer Evidenz vorschlagen kann, unter dem Aspekt der kommunikativen Evidenz zwischen Arzt und Patient zu dem Patienten und seiner individuellen Situation ‚passt‘“, so dass sie gemeinsam „von der Wirksamkeit der Behandlung überzeugt sind“, eine hypothetische Voraussetzung therapeutischer Erfolge.

Sie merken das Muster: EbM wird wissenschaftstheoretisch trivialisiert; ihr Anspruch und Geltungsbereich werden klein, der eigene wird groß geredet. Für die EbM und ihre externe Evidenz bleibt das kleine „etwas, das der Arzt dem Patienten ... vorschlagen kann“.

Ist ein solches „etwas“ irrelevant? Ist es nicht das, was ein Patient (wenigstens auch) bei seinem Arzt sucht? Gehört es nicht zu dessen Professionalität, aussichtsreiche Vorschläge machen oder anders gesagt: empirisch fundierte Indikationen stellen zu können?

So geht ihre Kritik eigentlich am Thema vorbei; und dennoch: ihr Text hinterlässt die Frage, wie sich beide Arten der klinischen Medizin, die evidenzbasierte und die patientenorientierte zu einander verhalten. Ist bei Sackett ein tieferes Verständnis der Krankheit und des Krankseins der Patienten überhaupt vorgesehen? Erschöpft sich die Patientenorientierung der EbM möglicherweise in der Wahrnehmung der „patients' preferences and actions“?

Die Antwort scheint mir offensichtlich: das Thema interessiert Sackett und seine Kollegen nicht sonderlich. Hier ist er ein ganz durchschnittlicher Kliniker.

Und so wundert es mich nicht, dass der viel beschworenen Integration externer und interner Evidenzen nicht mehr als allgemeine und freundliche Bekenntnisse gewidmet werden.

Spitzen wir die Problematik thesenhaft zu: Mir scheint es gut möglich, dass Ärzte zugleich Evidenz-basiert und menschlich inakzeptabel vorgehen und an der Person der Kranken vorbeigehen. EbM garantiert keinen humanen Umgang zwischen Arzt und Patient, sie ist nicht per se patientenzentriert.

Wieder anders gesagt: klinisch Tätige unterliegen verschiedenen Leistungsansprüchen, der der EbM bezieht sich und verpflichtet auf technisch-professionelle Rationalität, nicht eo ipso auf Humanität.

Diese normative Doppelbindung drückt sich auch in § 70 SGB V aus: sein Absatz 1 fordert eine „dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechende“, „ausreichende und zweckmäßige“ und „das Maß des Notwendigen nicht“ überschreitende Versorgung. Absatz 2 verpflichtet, getrennt davon, auf eine „humane Krankenbehandlung der Versicherten“.

Es gibt allerdings auch keinerlei Grund anzunehmen, dass Ärzte nicht zugleich Evidenz-basiert und human und patientenzentriert handeln könnten. Und die spannende Frage, ob eine im weiteren Sinne humane Krankenbehandlung“ ohne Evidenz-basierung denkbar sei, will ich an dieser Stelle offen lassen.

Ich weise statt dessen auf ein verwandtes Problem hin: EbM ist ganz offensichtlich zweck-, nicht wertrational. Sie kann die Nützlichkeit einer Methode sichern, aber nur dann, wenn man ihr sagt, was als Nutzen gilt. Sie ist kein geeignetes Mittel, um den Wert der effektiv verfolgten Zwecke zu ermitteln.

Dafür ein Beispiel: wird in einer Gesellschaft die aktive Sterbehilfe als Ziel ärztlicher Bemühungen akzeptiert (wie z.B. in Holland), dann wird eine Evidenz-basierte Euthanasie nicht nur möglich, sie wird auch notwendig - um den Patienten Enttäuschungen, ein zu lang hingezogenes Sterben und unnötige Leiden zu ersparen. Gestützt auf kontrollierte ärztliche Erfahrung wird man auch eine S3-Leitlinie für die Euthanasie erarbeiten können.

Voraussetzung ist – noch einmal -, dass man Euthanasie sozial, rechtlich, ethisch, in welchen Grenzen immer, akzeptiert hat. Für die Diskussion hierüber und die Rechtfertigung dieses Zieles spielt EbM so gut wie keine Rolle.

2. Damit kann ich zum letzten kritischen Punkt des heutigen Abends kommen; dann soll die erzwungene Fastenzeit ein Ende haben; Laetare winkt! Vorher aber ist – mit Judica (schaffe Recht) – einer an sich fehl gehenden Kritik noch etwas Wichtiges abzugewinnen.

Kiene und Kienle kritisieren die EbM aus der Sicht der anthroposophischen Medizin – wie ich vermute nicht zuletzt deshalb, weil sie sie als „einheitlichen Bewertungsmaßstab“ ihrer besonderen Therapierichtung fürchten.

Ihr Angriffspunkt ist der klinische Beweis (z.B. für Wirksamkeit und Nutzen einer Therapie), der aus Sicht der EbM vor allem anderen mit kontrollierten Studien geführt werden muss.

Sie verwenden viel Scharfsinn und argumentativen Aufwand, um die Cognition-based Medicine als Gegen- oder wenigstens Komplementärmodell zu etablieren.

Deren zentrale Erkenntnismethode ist nun das sog. „singuläre Kausalerkennen“; es wird mit viel Liebe aus einem vermeintlichen Dornröschen-Schlaf geweckt und auf den Thron der Erkenntnistheorie (im Gegensatz zur Erkenntnistheorie der EbM) gesetzt.

Der hierzu getriebene Aufwand ist, wie gesagt, beträchtlich.

Er scheint mir zu übersehen, dass jeder verständiger Kliniker die Bedeutung und Validität singulären Kausalerkennens anerkennen würde, nur in einem anderen Kontext, nämlich dem der klinischen Praxis. Im Kontext des wissenschaftlichen Nachweises therapeutischen Nutzens trägt es meines Erachtens wenig. Hier sind die Verfahren der summativen Evaluation weit überlegen; sie zeigen mehr als Wirkung in diesem oder jenem Einzelfall, sie sind in der Lage, Wirksamkeit und Nützlichkeit als allgemeine Merkmale einer therapeutischen Methode – probabilistisch - zu belegen.

Lassen Sie uns einen Augenblick zur klinischen Medizin zurückkehren. Hier spielt das singuläre Kausalerkennen natürlich eine ganz wesentliche aber auch alltägliche Rolle:

z.B. in der Diagnostik, wenn Krankheitserscheinungen der Präsenz einer bestimmten Krankheit zugeschrieben werden oder bei einer Diagnose *ex iuvantibus*,

in der Therapie, wenn eine drastische Besserung als Folge einer wirksamen Behandlung erscheint oder wenn ein Auslassversuch oder eine kontrollierte Reexposition zu einer raschen Veränderung führen,

in der Verlaufsbeobachtung, wenn unerwünschte Begleiterscheinungen einer medikamentösen Therapie als Nebenwirkung erkannt werden.

Wie gesagt, kein Kliniker kann auf diese Erkenntnisquelle und –methode verzichten. Auch sie nutzt übrigens vor allem interne Evidenzen. Oben war von summativer Evaluation, der Erkenntnismethodik der EbM die Rede; das singuläre Kausalerkennen lässt sich leicht als eine zentrale Methode der sog. formativen Evaluation identifizieren.

Und damit sind wir wieder bei der Frage, wie es die EbM mit allen internen Evidenzen und klinisch-situativen und damit formativen Erkenntnismethoden hält.

Setzt sie sie als alltäglich, selbstverständlich, als gegeben voraus?

Wenn ja, bleiben zwei Fragen: 1. die nach ihrer Kultivierung (wäre dies kein Thema für eine weiter verstandene EbM? und 2. und erneut die nach der Integration. Aber wie soll man etwas integrieren, was man noch nicht recht zur Kenntnis genommen hat?

#### **4. Abschluss**

Kehren wir an den Anfang zurück. Fasten ist vor allem eine Zeit der Selbstbesinnung und bußfertigen Selbstbescheidung. Ihre Stimmung ist gedeckt purpurfarben.

Sackett hat uns aufgerufen (Invocavit, ein weiterer Fastensonntag), die sog. externe Evidenz für medizinische Entscheidungen zu sichern und zu nutzen. Er hat uns weiter aufgerufen, neue Evidenz zu schaffen.

Das ist für mich der Kern der EbM, der bewusste, ausdrückliche und richterlich abwägende („judicious“) Gebrauch der bestverfügbaren Evidenz.

In der EbM geht es nicht um eine neue Art klinischer Medizin, nicht um ein neues Jerusalem, sie ist keine Heilslehre. Bei Licht betrachtet scheint mir die klinische Praxis der EbM sogar relativ blass und konventionell zu sein, im Vergleich zur patientenorientierten Medizin und auch zur hoch entwickelten formativen Evaluation unserer besten Kliniker.

Es ist das Verdienst der verschiedenen Kritiker, uns hierauf noch einmal hingewiesen zu haben. Anders herum ist die die EbM nun von allen Allmachts- und Dämonsprojektionen entlastet; sie kann in Ruhe ihrem begrenzten aber absolut unersetzlichen Geschäft in der Klinik und im Gesundheitssystem nachgehen.

Vielleicht noch eine Hilfe für Sie und die Gelegenheit eines zweiten guten Werks für mich: Sie haben die Namen der Fastensonntage gehört; vielleicht ist Ihnen ihre Reihenfolge entfallen? Invocavit, Reminiscere, Oculi, Laetare, Judica, Palmarum. Der Merkvers (und das mag das einzige sein, was Sie von dem „Festvortrag“ behalten) dazu heißt: „In rechter Ordnung lerne Jesu Passion“.

Ich danke Ihnen – und stehe dem Nachtsch nicht länger im Wege.