

RVL P&W Klinische Medizin

(Be)Handeln, Forschen und Wissenschaft (in) der klinischen Medizin

Heiner Raspe

Zum Auftakt zur öffentlichen Ringvorlesung „Praxis & Wissenschaft“ des Zentrums für
Wissenschaftstheorie der WWU, Münster, 25. Oktober 2018

Heiner Raspe Prof. i.R. Dr.med. et phil.
Institut für Ethik, Geschichte und Theorie der Medizin
Westfälische Wilhelms-Universität Münster
Privat: Soetenkamp 16, 48149 Münster
hraspe@uni-muenster.de

1. Begrüßung, Programm und Einleitung

Meine sehr geehrten Damen, meine Herren, liebe Kolleginnen und Kollegen, liebe Studierende, auch ich begrüße Sie sehr herzlich zur Eröffnung der neuen Vorlesungsreihe.

Wie es einem oft geht: Man meldet einen Vortrag an, entscheidet sich für einen Titel. Der Termin ist noch fern, nun er rückt näher und näher. Man beginnt mit der Textarbeit – und dann kommen die Zweifel. Diesmal habe ich den Titel an einer Stelle ergänzt (rund Klammern) und an einer anderen frage ich mich, ob man das „in“ [eckige Klammern] nicht weglassen sollte. Und damit bin ich schon beim Thema: ist die klinische Medizin eine Wissenschaft – und wenn ja, welcher Art?

In der Klinik stellte sich die Frage nach dem „epistemologische(n) Status der Medizin“¹ nicht. Kliniker wissen, was sie sollen, sind und können. Auch die medizinischen Fakultäten, denen ich angehörte, schenken dieser Frage in ihrer Forschungs- und Lehrorganisation kaum Beachtung. Wer sich mit ihr außerhalb von Sonntagsreden beschäftigte, riskierte, als Sonderling zu gelten.

Anderes erlebe ich im Umgang mit Philosophen, Wissenschafts- und Medizintheoretikern. Für manche ist die Frage beantwortet: Im Vergleich mit der reinen Logik und Mathematik und den allein nach Erkenntnis strebenden² Naturwissenschaften hat die klinische Medizin keinen wissenschaftstheoretischen Status: Sie ist, wie Karl Eduard Rothschuh es hier in Münster formulierte: „... *keine Wissenschaft*, aber es gibt eine wissenschaftliche Medizin, die Wissenschaft treibt um der Erkennung und Heilung der Krankheit willen.“³ 1977 wurde er noch deutlicher: „Die Klinische Medizin ist keine Wissenschaft, aber sie wendet Wissenschaften zur Verwirklichung ihrer Ziele an.“ Für einen seiner Nachfolger, Peter Hucklenbroich, ist die Klinik „verwissenschaftliche Praxis“⁴.

Übrigens: Klinische Medizin („Klinik“ als Kurzform) geschieht heute überall dort, wo Kliniker, dies sind u.a. Ärztinnen, Pflegende, Physio- und Ergotherapeutinnen,

¹ Canguilhem G: Der epistemologische Status der Medizin. In: Ders. (Hrsg.): Grenzen medizinischer Rationalität. Historisch-epistemologische Untersuchungen. Tübingen () 1988:

² Rothschuh KE: Ist das Kuhnsche Erklärungsmodell wissenschaftlicher Wandlungen mit Gewinn auf die Konzepte der Klinischen Medizin anwendbar? In: Diemer A (Hrsg.): Die Struktur wissenschaftlicher Revolutionen und die Geschichte der Wissenschaften. Meisenheim (Anton Hain) 1977:73-88, hier S. 73

³ Rothschuh KE: Prinzipien der Medizin. Ein Wegweiser durch die Medizin. München (Urban & Schwarzenberg) 1965, hier S. 9. Er kam aus der Physiologie und wurde 1960 erster Direktor des neu gegründeten Instituts für Medizingeschichte der WWU (bis 1973). Im folgten Richard Toellner (bis 1995), Peter Hucklenbroich (kommissarisch) und Bettina Schoene-Seifert (2003 ff.)

⁴ Hucklenbroich P: Die Struktur medizinischen Wissens. Zur Grundlegung und zum Verhältnis von Medizinteorie und medizinischer Ethik. Zeitschrift für Medizinische Ethik 1998;44:107-125, hier S. 109

Sozialarbeiter etc. in direktem Kontakt und in direkter Verantwortung an, mit und für Patienten arbeiten, an ihnen handeln, sie behandeln. Klinik („clinical medicine“) ereignet sich also auch in der Praxis eines niedergelassenen Arztes.

Nun gibt es doch eine Reihe von Philosophen und Medizintheoretiker, die dies anders als Rothschild und Hucklenbroich sehen ⁵. Für Hans Georg Gadamer etwa „stellt [„die Heilkunst“] eine eigene Art praktischer Wissenschaft dar, für die im modernen Denken der Begriff abhanden gekommen ist.“ ⁶

Dieser Spur möchte ich folgen und versuchen, diese „eigene Art praktischer Wissenschaft“ aus der Klinik heraus näher zu bestimmen. Dabei geht es um den Zusammenhang von Handeln, Wissen und Forschen. Ich konzentriere mich auf Ärzte, Ärztinnen und körperlich chronisch Kranke.

Im Hintergrund lade ich Sie auch ein zu einem Vergleich der Klinik mit den nachfolgenden wissenschaftlichen Disziplinen (Psychotherapie, Rechtspflege, Seelsorge und Pädagogik). Könnte es sein, dass wir fünf Mitglieder einer Familie sind?

Suchte man einen Begriff für den Ausgangspunkt unseres Gesamtunternehmens, dann kann man ihn bei Heinrich von Kleist finden. Am Ende seiner skandalösen Novelle „Die Marquise von O...“ von 1808 nimmt der Autor Bezug auf die „gebrechliche Einrichtung der Welt“ ⁷.

Folie Zitat aus Kleist

Die gebrechliche Einrichtung der Welt zeigt sich im Kleistschen Text im Kontrollverlust dreier Personen, in körperlichem und seelischem Leid, in Rohheit, Gewalt und Hinterlist zwischen Menschen und im quälenden Schuldbewusstsein eines russischen Grafen. Er hatte Kriegsordnung, Recht und moralisches Gebot verletzt.

Das sparsame Personal der Novelle umfasst u.a. einen Arzt, eine Erzieherin, einen Kriegsrichter und wenigstens einen Pfarrer oder Priester. Ich bedauere, keinen Hinweis auf einen Psychotherapeuten gefunden zu haben. Sonst sind wir aber vollständig.

⁵ Siehe dazu Raspe H: Die klinische Humanmedizin ist eine Handlungswissenschaft eigenen Rechts – ein Versuch. In: Ringkamp D, Wittwer H (Hrsg.): Was ist Medizin? Freiburg (Alber) 2018, S. 167-195

⁶ Gadamer HG: Apologie der Heilkunst. In: Ders.: Über die Verborgenheit der Gesundheit. Frankfurt (Suhrkamp) 1996:50-64, hier S. 59

⁷ Kleist H v: Die Marquise von O... Mit Filmbildern von Eric Rohmer. München (Schirmer/Mosel) 2011/1808, hier S. 130

Die gebrechliche Einrichtung der Welt zeigt sich für den Kliniker im gesundheitsgefährdeten, kranken, leidenden und an seiner Krankheit sterbenden Menschen.

Die Klinik hat es mit der Hinfälligkeit des Menschen zu tun – worauf schon das Wort „Klinik“ hinweist. Es kommt aus dem Griechischen: das Verb klíno heißt u.a. sich anlehnen, hinsinken, verfallen; kliné ist die Bahre, das Krankenlager. Hier sehen Sie eine solche kliné aus einem Ravennaischen Mosaik aus dem 6. Jahrhundert:

Folie Kliné

Sie trägt einen Hinfälligen, den „Gichtbrüchigen“, der durch ein abgedecktes Dach vor Jesus gebracht wird (Markus 2, 1-12). Am Ende spricht Jesus: „Ich sage dir, stehe auf, nimm Dein Bett und geh heim. Und er stand auf, nahm sein Bett und ging ...“.

Es wäre ein weiteres Wunder, wenn die Klinik so erfolgreich wäre ... Sie wird sich weiter mit der Hinfälligkeit einzelner Menschen in ihrer Vielzahl und Vielfalt beschäftigen müssen – mit ihren begrenzten Mitteln.

Es ist dieser direkte Kontakt mit einzelnen Patienten, Klienten, Mandanten, Auszubildenden, Trostbedürftigen, der mir ein erstes gemeinsames Merkmal aller fünf Disziplinen zu sein scheint. Ihre Angehörigen übernehmen eine treuhänderische Verantwortung für die, die sie hilfsbedürftig in Anspruch nehmen oder ihnen zugewiesen werden.

Nach dieser Einleitung möchte ich Ihnen zeigen, was ich in den nächsten 40 min vor und mit Ihnen diskutieren möchte; es geht um den Zusammenhang von Handeln, Wissen und Forschen in der Klinik, im ersten größeren Abschnitt um das Handeln selbst und das dazu notwendige Wissen (Abschnitt 2 mit 3 Teilen):

Folie Programm

So – und jetzt bitte ich Sie, mir in eine rheumatologische Praxis zu folgen und den Beginn einer Konsultation zu beobachten:

2. Handeln und Wissen in der Klinik

2.1 Eine rheumatologische Konsultation

Stellen Sie sich vor, dass eine vielleicht 40jährige Frau X. erstmals das Sprechzimmer einer Rheumatologin betritt. Auf die Frage: „Warum kommen Sie?“ antwortet sie mit einer scheuen Geste. Sie legt die hier abgebildete linke Hand auf den Tisch und sagt dazu leise:

Folie Photo

„Mein Hausarzt hat mich an Sie überwiesen. Wir wissen nicht mehr weiter. Was ist das, woher kommen die Schmerzen und Schwellungen? Sie halten jetzt schon mehr als 10 Wochen an. Bisher hat nur Cortison geholfen. Im Haushalt fällt mir vieles aus der Hand; unser Jüngstes kann ich kaum noch anziehen; und im Büro an meinem PC erst ... Was wird daraus werden? Ich mach' mir Sorgen. Früher war ich immer fröhlich und optimistisch! Aber jetzt ... Können Sie helfen?“

Der Ärztin hatte sich schon mitgeteilt, wie bedrückt die Patientin war. Sie hatte beobachtet, dass Frau X. den linken Vorfuß schonte und wie vorsichtig sie die rechte Hand gab. Ein Seitenblick zeigte, dass diese Hand der linken ähnelte. Schon damit drängte sich der Verdacht auf eine bestimmte entzündlich-rheumatische Erkrankung auf. Die Diagnose Rheumatoide Arthritis (RA) wurde durch gezielte Laboruntersuchungen und bildgebende Verfahren gesichert.

Wie immer sich das weitere Procedere gestaltet: Am Anfang der Klinik steht anders als in der Tier- und Pflanzenmedizin in den meisten Fällen eine Erzählung der/des Betroffenen.⁸⁸ Die allererste Aufgabe ist also wahrzunehmen und zu verstehen, was ein Patient sagt und meint, auch im Nicht-Gesagten, und wie er sein Leiden und sich präsentiert, auch im Nonverbalen.

Dies scheint mir eine zweite Gemeinsamkeit der fünf Disziplinen zu sein: In ihnen spielen neben objektiven Daten und Befunden auch Erzählungen, Geschichten, modisch gesagt: „Narrative“ eine wesentliche Rolle.

Eine dritte Gemeinsamkeit sehe ich darin, dass die fünf Disziplinen als Antworten auf negativ konnotierte Sachverhalte zu verstehen sind. Auf eine kurze Formel gebracht: Es soll im Einzelfall nicht so bleiben, wie es ist.

⁸⁸ Es sei denn, der Patient sei ein Säugling, bewusstlos, verwirrt, intoxikiert etc. Oft wird er dann von Angehörigen begleitet sein, die das Erzählen übernehmen. Systematisch erhoben entsteht eine „Fremd“-Anamnese.

Dies gilt auch für die Klinik. Über Krankheitsbegriffe kann man streiten, nicht aber darüber, dass Kranksein uns als etwas Negatives, Unerwünschtes begegnet. Krankheiten sollen vermieden oder geheilt, ihre Beschwerden sollen gelindert, ihr Verlauf verlangsamt, ihre Prognose gebessert und schließlich soll das Sterben erleichtert werden.

Damit ist die Klinik von Anfang an normativ verfasst – eine, denke ich, weitere Gemeinsamkeit mit der Psychotherapie, Rechtspflege, Seelsorge und Pädagogik..

Kliniker unterliegen einer mehrfachen normativen Bindung: einem gesellschaftlichen, auch rechtlich fixierten Heilauftrag, einem individuellen Behandlungsvertrag, dem therapeutischen Imperativ ihrer Profession und dem speziellen Auftrag des einzelnen Patienten, soweit er legitim ist.

2.2 Das klinische Handlungsprogramm

Konsultationen folgen einer Systematik. Das allseits erwartete Handlungsprogramm der Klinik beginnt, wie angedeutet, mit einer Begrüßung, die erste Beobachtungen ermöglicht. Dann folgt die Anamnese, die Erhebung einer Krankheits-, Kranken-, Leidens-, Behandlungs-, Lebensgeschichte – je nachdem.

Schon in den ersten beiden Schritten (Begrüßung und Anamnese) mischen sich intersubjektive Begegnung und kühle einseitige Objektivierung. Der anthropologisch arbeitende Psychiater und Psychotherapeut Viktor v. Gebattel sah hier zwei „Sinnstufen“: „die Unmittelbarkeitsstufe des Verhältnisses“ und „die Entfremdungsstufe“⁹.

Es folgen, idealtypisch, 8 weitere Handlungsschritte:

Folie 8 weitere Handlungsschritte der klinischen Medizin

Körperliche Untersuchung – Technisch gestützte Diagnostik (Labor, Bildgebung, Assessments) – Umfassende Diagnose(stellung) – Prognostik (quoad?) - Gemeinsame Problemdefinition und Strategieentscheidung – Therapeutische Interventionen – Verlaufsbeobachtung – Epikrise

⁹ v. Gebattel VE: Zur Sinnstruktur der ärztlichen Handlung. Studium Generale 1953;6:461-471, hier S. 467. Siehe auch Ders.: Imago Hominis. Schweinfurth (neues formu) 1964 mit mehreren Aufsätzen

Wie gesagt: Schon mit dem ersten non-verbalen und verbalen Austausch wird eine soziale Beziehung begonnen. Handeln ist in der Klinik immer auch soziales, zwischenmenschliches, intersubjektives Handeln. Dies kann wechselseitiges Vertrauen und ein tragfähiges Arbeitsbündnis begründen – oder verhindern. Die Weite und Tiefe der Beziehung sind nicht fixiert. In so gut wie jedem Fall ist sie aber auf einzelne Situationen und sachlich begrenzt. Dass Arzt und Patient zu Freunden werden, ist selten; dass eine sexuelle Beziehung entsteht, ist verpönt.

Auch dies stellt wohl eine Gemeinsamkeit der Disziplinen dar; es wäre die fünfte.

2.3 Was Kliniker wissen (sollten) ¹⁰

Es liegt auf der Hand, dass Ärzte, auch unsere Ärztin, um *lege artis* handeln zu können, über vielfältiges Wissen verfügen müssen; es reicht nicht, einführend, zugewandt, sympathisch, ein „*medicus graciosus*“ zu sein.

Näher betrachtet umfasst das ärztliche Wissen sehr unterschiedliche und heterogene Wissensbestände. Im Einzelnen weiß unsere Ärztin (hoffentlich),

Folie 10 Wissensbestände

- welche Krankheiten in ihrer Disziplin zu erwarten sind, wie sie beschrieben sind (nosologisches und nosographisches Wissen) und wie häufig sie etwa in ihrer Praxis vorkommen;
- welche Ursachen sie haben und wie sie entstehen (ätiopathogenetisches Wissen auf dem Boden biomedizinischer Modelle von begrenzter Halbwertszeit);
- wie die Krankheiten zu bestimmen und zu unterscheiden sind ((differential)diagnostisches Wissen);
- welche Verläufe sie ohne medizinisches Eingreifen mit welcher Wahrscheinlichkeit nehmen (prognostisches Wissen);
- welche Behandlungsziele und Behandlungsmittel vor Recht und Ethik bestehen können und welche Pflichten und Rechte sich aus dem Behandlungsvertrag, dem Patientenauftrag und der eigenen Pflichtenlehre (Deontologie) ergeben (Normwissen);

¹⁰ So lautet die Überschrift einer Veröffentlichung von Tanenbaum SJ: What physicians know. NEJM 1993;329:1268-1271

- mit welchen medizinischen Mitteln der natürliche Verlauf zielgerecht, wirksam und mit mehr Nutzen als Schaden beeinflusst werden kann (therapeutisches Wissen);
- wie die dieses Wissen vermittelnden Studien, die sie zusammenfassenden systematischen Übersichten, Metanalysen und klinischen Praxisleitlinien kritisch zu lesen sind (methodologisches Wissen)
- worauf im Behandlungsverlauf genauer zu achten ist, um typischen Risiken vorzubeugen und unerwünschte Wirkungen rechtzeitig zu erkennen (Risiko- und Qualitätswissen);
- wie die Heilmittel möglichst wirtschaftlich ausgewählt und angewandt werden (gesundheitsökonomisches Wissen)
- wie unser medizinisches Versorgungssystem verfasst und strukturiert ist (Wissen um dessen Prinzipien und Strukturen).

Diese Wissensbestände entstammen ganz unterschiedlichen Quellen.¹¹ Tatsächlich, die Zahl der natur-, kultur- und normwissenschaftlichen Bezüge der Klinik, ihrer Bezugswissenschaften ist Legion. Was deren Wissen und Methoden „zur Einheit zusammenbindet“ sei „allein ein vorwissenschaftlicher Imperativ“, eben der Heil Auftrag, und schließlich das Handeln, das einen „einheitsstiftenden Vorrang in der Medizin“ habe, wie Richard Toellner es formuliert hat.

In der Zeit praktischer Tätigkeit wird ein weiterer Wissenskorpus gebildet, das unverzichtbare Erfahrungswissen. Man kann klinisches Handeln nicht allein aus Lehrbüchern, Videos, an Schauspielpatienten, in Trockenübungen oder am Sektionstisch lernen.

Man muss Erfahrungen in der Behandlung vieler einzelner Patienten sammeln, um Krankheitsbilder gestalthaft zu erkennen, um in gefährlichen Situationen umsichtig und rasch zu reagieren, um in der Handhabung diagnostischer und therapeutischer Mittel sicher zu werden¹²; aber auch, um ein breites Spektrum seelischer Reaktionen bei Patienten und sich selbst wahrzunehmen (lernen).

Es scheint mir ein sechstes und siebtes gemeinsames Merkmal der fünf Disziplinen zu sein, dass ihre Beherrschung eine Vielzahl heterogener Wissensbestände voraussetzt und dass Erfahrung und zeitaufwendiges Lernen eine wesentliche Rolle spielen. In der Medizin braucht es bis zur obligatorischen Facharztprüfung wenigstens 12 Jahre.

¹¹ Toellner R: „Der Geist der Medizin ist leicht zu fassen“ (J.W.v.Goethe). Über den einheitsstiftenden Vorrang des Handelns in der Medizin. In: Ders.: Medizingeschichte als Aufklärungswissenschaft. Berlin (Lit Verlag) 2016:585-597

¹² Schon allein, um entzündliche Gelenkschwellungen sicher identifizieren zu können, aber auch, um die Punktion aller möglichen Gelenke zu beherrschen, Ultraschalluntersuchungen durchzuführen und deren Bilder zu beurteilen etc.pp.

Damit komme ich zum zweiten Hauptteil, wieder mit drei Abschnitten:

Folie Programm

3. Forschen schafft Wissen

Im folgenden Abschnitt konzentriere ich mich auf drei der 10 Wissensgebiete und auf ihre hauptsächlichsten Forschungsstrategien und -methoden.

Zuerst unter der Frage, wie sich nosologisches und nosographisches Wissen gestaltet – also wie Wissen über die Art einer Krankheit in Abgrenzung zu anderen und wie Wissen über deren Beschreibung zustande kommen.

3.1 Zur Nosologie und Nosographie (in der Rheumatologie)

Woher weiß die Ärztin, dass es eine Krankheit gibt, die seit 1859 „rheumatoide Arthritis“ genannt wird? Die einfache Antwort lautet: Man hat es ihr gesagt und gezeigt, zuerst in einer Vorlesung mit typischen Bildern (wie Sie eines gesehen haben), dann im klinischen Unterricht am Krankenbett und schließlich in der klinischen Praxis, angeleitet immer von erfahreneren Kollegen.

Der Pariser Doktorand Landré-Beauvais soll der erste gewesen sein, der im Jahr 1800 die heutige RA durch Beobachtungen an 9 chronisch kranken Insassen der Pariser Salpêtrière noch innerhalb des Spektrums der Gichtkrankheiten abgrenzte.¹³

Folie Landré-Beauvais' Dissertation

In der Klinik sah er im lange Bekannten etwas Neues, nahm erstmals ein besondere Krankheitsgestalt wahr, die dann auch einen eigenen Namen brauchte.

Dies weist auf die überragende Bedeutung von klinischer Beobachtung und Kasuistik für die Nosologie und Nosographie hin, hier, als Leistung der Klinik, für die Erstbeschreibung einer Krankheit.

Bernhard Naunyn, ein Internist des späten 19. Jahrhunderts (1839 – 1925) schrieb 1905 verallgemeinernd: Kasuistiken „lehren uns, die Bilder kennen, welche die

¹³ The first description of rheumatoid arthritis. Unabridged text of the doctoral dissertation presented in 1800. Joint Bone Spine 2001;68:130-143

Krankheiten machen, und befähigen uns, aus dem bekannten Bilde die Krankheit zu erkennen.“¹⁴

Wir unterstützen und normieren dieses Lernen und Erkennen in der Rheumatologie seit rund 70 Jahren mit Hilfe sog. Klassifikationskriterien. Bei der RA sind wir heute bei deren fünften Generation.¹⁵

Folie ACR/EULAR Kriterien RA 2010 (deutsche Version)

Die Praxis nutzt diese Kriterien als diagnostisches Werkzeug. In der gezeigten deutschen Version heißt es ja, dass ein Patient eine RA „hat“, wenn sie/er 6 und mehr Punkte aus den vier Variablen erreicht. In den vorhergehenden Kriterien aus dem Jahr 1987¹⁶ hieß es „konstruktivistischer“: „a patient shall be said to have rheumatoid arthritis if ...“.

Wie kann es kommen, dass solche Kriterien immer wieder überarbeitet werden, obwohl sich die Krankheit vermutlich seit dem 16. Jahrhundert in Natur und Erscheinungsbild nicht dramatisch geändert hat?

Einerseits führt die Grundlagenforschung zu neuen Einsichten zur Pathobiologie der Krankheit. Die ACP-Antikörper standen erst nach der Jahrtausendwende allgemein zur Verfügung. Sie indizieren einen ungünstigen gelenkzerstörenden Verlauf schon bei Frühfällen.

Die Ausweitung der rheumatologischen Praxis förderte, zweitens, die Wahrnehmung von Frühfällen. An vielen Orten existieren heute Früherkennungssprechstunden.

Zum dritten haben sich die therapeutischen Optionen und Empfehlungen verändert. Während man in meiner klinischen Zeit mit weniger wirksamen, aber relativ nebenwirkungsarmen Medikamenten begann, setzt man heute schon in der Ersttherapie ein Zytostatikum in niedriger Dosierung (Methotrexat einmal wöchentlich) ein. Zudem gibt es seit mehr als 10 Jahren eine neue Klasse von Medikamenten, die sog. Biologika. Sie erlauben eine gezielte Inaktivierung verschiedener entzündungsfördernder Botenstoffe und Rezeptoren. Mit Methotrexat und den Biologika lassen sich heute langandauernde Remissionen der RA erreichen.

¹⁴ Naunyn B: Aerzte und Laien. Deutsche Revue 1905;30:185-196, hier S. 189

¹⁵ Aletaha D, Neogi T, Silman AJ et al: 2010 rheumatoid arthritis classification criteria. Arthritis Rheumatism 2010;62:2569-2581

¹⁶ Arnett FC, Edworthy SM, Bloch DA et al: The American Rheumatism Association 1987 revised criteria for the classification of rheumatoid arthritis. Arthritis Rheumatism 1988;31:315-324

Es war das Ziel der neuen Kriterien, möglichst frühzeitig prognostisch ungünstige Fälle zu identifizieren, um bei diesen rasch eine möglichst wirksame Therapie auf den Weg zu bringen.

Im 19. Jahrhundert ging man davon aus, dass die Natur selbst die Krankheitsbilder zeichne; und dies ist ja auch nicht falsch, wenn man an die unterschiedlichen Hautausschläge von Scharlach, Masern und Windpocken denkt. Heute sind wir an der Kunst des Zeichnens von Krankheits-„Bildern“ sehr aktiv beteiligt.

Mit unseren Klassifikationskriterien typisieren wir Krankheiten. Und weitergehend: Mit ihrer Hilfe machen wir aus einem Rheumakranken einen Fall von RA. So verwandeln wir uns Kranke an, assimilieren sie nach unseren professionellen Schemata, dies auch und vor allem im Interesse einer effektiveren Behandlung im sog. besten Interesse der Patienten.

3.2 Grundlagenwissenschaftliche Modelle und Theorien

Von der Nosologie zu den biologisch-naturwissenschaftlichen Grundlagen:

Die Einführung der Ärztin in die Nosologie und Nosographie der RA wird immer begleitet gewesen sein von Erläuterungen zu ihrer Biologie und Pathophysiologie. Dieses Wissen präzisiert und erweitert sich ständig.

Ohne neue Erkenntnisse zur Ätiopathogenese u.a. der RA träte die Rheumatologie nicht allein in ihrem Wissen, sondern – klinisch wichtiger – in ihrem Können auf der Stelle. Dass sie das nicht tut, verdankt sie einer zunehmend grundlagenwissenschaftlich gezielten Forschung und Entwicklung, z.B. im Bereich der Biologika¹⁷ und der Immuntherapeutika. Für die Erforschung ihrer Grundlagen gab es jüngst einen Nobelpreis.

So kann man mit vollem Recht sagen, dass die naturwissenschaftlich-biologische Grundlagenforschung die Klinik zunehmend verwissenschaftlicht hat und weiter verwissenschaftlichen wird.

Dies geschieht heute sozusagen von außen. Die Grundlagenforschung hat sich, nach meiner Wahrnehmung, im Wesentlichen von der Klinik getrennt; sie ist in eigene Einrichtungen ausgewandert. Dort wird sie v.a. von Naturwissenschaftlern betrieben. Das war in der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts anders; internistische Kliniker sahen sich als Naturforscher und legten Wert auf eigene Labore, Tierställe etc. unter dem Dach ihrer Kliniken.

¹⁷ Dass Grundlagenwissen auch für die klinisch-fallbezogene Diagnostik, Prognostik, therapeutische Indikationsstellung und Verlaufsbeobachtung des Einzelfalls unverzichtbar ist, will hier ich wenigstens einmal gesagt haben.

Über das naturwissenschaftlich Forschen selbst kann ich mangels eigener Erfahrungen nicht sprechen.

Dennoch weiß ich: So wichtig heute biologisch-naturwissenschaftliche Grundlagenforschung ist und bleiben wird – sie kann für sich genommen nie zu einer verlässlichen klinischen Praxis führen. Klinisches Handeln mit Hilfe theoretisch noch so fundierter Methoden muss handelnd erprobt und bewertet werden. Dazu bedarf es einer anders gearteten, einer handlungsorientierten „klinisch-evaluativen“ Forschung. Mit deren Methoden untersuchen und bewerten Kliniker die Folgen ihres eigenen Handelns an Gruppen von Patienten, selten auch an einzelnen Patienten.

Die Forderung, medizinische Methoden in der Klinik wissenschaftlich kontrolliert zu erproben, bevor man sie der Praxis überantwortet (und kollektiv-solidarisch finanziert), diese Forderung ist alles andere als neu; schon 1934 schrieb der Internist Paul Martini ¹⁸ - er schrieb dies als Kliniker, der unter den widerstreitenden, aber nicht belegten Meinungen zu therapeutischen Verfahren in der Ärzteschaft litt.

Vor sechs Tagen veröffentlichte der Wissenschaftsrat neue „Empfehlungen zu Klinischen Studien“. Sie beginnen mit dem Satz: „Klinische Studien sind ein wesentlicher Schlüssel zum medizinischen Fortschritt“. ¹⁹

Hören wir Martini:

Folie Martini 1934

„Maßgebend für die Güte einer Heilweise kann selbstverständlich nie der Weg sein, auf dem man zu ihr gekommen ist, sondern ganz allein sein Wert, so wie er sich am Kranken erprobt. Dieser Wert kann nicht im Laboratorium festgestellt werden, sondern nur in der Klinik ... und zwar nur mit Hilfe einer fachkundigen und methodisch richtigen Untersuchung. Jede Therapie, die auf diese Weise bewiesen worden ist, ist eine vernunftgemäße = rationelle Therapie.“

3.3 Die klinisch-evaluative Forschung und ihre Evidenz

Es ist das Programm der sog. Evidenz-basierten Medizin (EbM), den Untersuchungs- und Behandlungsmethoden den Vorzug zu geben, deren Wirksamkeit und Nutzen als empirisch belegt, die als „rationell“ gelten dürfen. Das Arsenal der Klinik sollte nur „Evidenzbasiertes“ enthalten.

¹⁸ Martini P: Rationelle Therapie? Münchner Medizinische Wochenschrift 1934;81:1411-1416, hier S. 1416

¹⁹ Wissenschaftsrat: Empfehlungen zu Klinischen Studien. Drs. 7301-18. Hannover 19.10.2018

Gehen wir noch einmal zu unserer RA-Patientin und ihrer Ärztin. Jetzt geht es um die Therapie. Die Ärztin hält das schon erwähnte Methotrexat (20 mg oral pro Woche) für indiziert. Sie sagt:

Folie Dialog Rheumatologin - Patientin

„Gegen Ihre RA empfehle ich Ihnen ein Medikament, das Sie nur einmal in der Woche als Tablette einnehmen müssten. Die Substanz heißt Methotrexat, kurz MTX. Es bietet die Chance, wirksam und rasch und mit vergleichsweise geringen Nebenwirkungen zu einem Abklingen Ihrer Beschwerden und zur Besserung Ihrer Behinderungen zu führen und besonders auch Gelenkzerstörungen vorzubeugen.“

Eine EbM-geschulte Patientin könnte nachfragen: „What’s your evidence?“ – „Können Sie diese Behauptungen belegen, beweisen?“ Die Frage eröffnet einen Diskurs, der die Ärztin zu einer Antwort zwingt.

In ihrem Narrativ kombiniert sie verschiedene Argumente:

Folie Antwort Ärztin, erster Teil

„Hier zeige ich Ihnen die aktuelle Leitlinie meiner Fachgesellschaft. Sie enthält auch ein Kapitel mit Patienteninformationen. Sie gibt Ihnen und mir eine starke Empfehlung zugunsten von MTX.“

Folie Leitlinie Frühe RA der DGRh

Folie Antwort Ärztin, zweiter Teil

Sie fährt dann fort: „Dabei stützt sich die Leitlinie auf eine größere Zahl internationaler Studien, die im Einzelnen dargestellt werden. Aufgrund der überlegenen Ergebnisse wird MTX heute weltweit von Rheumatologen empfohlen. Ich selbst war vor Jahren an einer der frühen Studien aktiv beteiligt und nutze es seither. Mit MTX habe ich, haben meine Patienten – von wenigen Ausnahmen abgesehen – gute Erfahrungen gemacht. Bei bedenklichen Nebenwirkungen haben wir MTX rasch abgesetzt oder es bei unzureichender Wirkung frühzeitig mit anderen Medikamenten kombiniert.“

Worum geht es in den angesprochenen Studien, wie sieht ihr Zuschnitt, ihr „Design“ aus? Ihre Aufgabe ist es, eine medizinische Methode auf ihre Wirksamkeit und ihren Nutzen in einer Gruppe von Kranken zu prüfen, im Vergleich zu wenigstens einer Kontrollbedingung. Man spricht von „kontrollierten Studien“.

Folie RCT nach Fletcher

Praktisch beginnt die Studie mit der Abgrenzung einer Zielpopulation²⁰; aus ihr wird eine Zufallsstichprobe vorab definierten Umfangs gezogen. Sofern die infrage kommenden Patienten nach ausführlicher Information zustimmen, werden sie, wieder per Zufall, einer von zwei Gruppen zugelost, sie werden „randomisiert“, hier im Verhältnis 1:1. Daher „randomisierte kontrollierte Studie“, kurz RCT.

Die Interventionsgruppe wird aktiv mit dem Verum behandelt, die Kontrollgruppe z.B. mit einem ununterscheidbaren Placebo. Es liegt jetzt eine interventionelle Studie vor, in der Arzt und Patient zusätzlich „verblindet“ sind.

Nach einer ausreichenden Zeit der Beobachtung wird am Ende in jeder Gruppe bestimmt, welcher Prozentsatz der Randomisierten hier wie dort das gewünschte Behandlungsziel erreicht hat und welcher nicht.

Wirksamkeit ergibt sich aus dem Vergleich dieser beiden Prozentsätze, d.h. aus deren statistisch signifikanten, also überzufälligen Differenz.

Wirksamkeit ist die Voraussetzung für Nutzen. Nutzen ergibt sich anders als Wirksamkeit erst aus einer klinisch relevanten Differenz eines für den Patienten wichtigen Parameters. Ein Hochdruckmittel senkt den Blutdruck signifikant stärker als ein Placebo, es ist wirksam. Verhindert es zusätzlich Herzinfarkte und Schlaganfälle, dann wird es nützlich – sofern der Nutzen nicht durch Schäden aufgezehrt wird.

Abstrakt gesprochen prüft ein RCT Hypothesen zu Ursache-Wirkungs-Beziehungen im Modell probabilistischer Kausalität. Je nach Qualität des ganzen Unternehmens erlaubt ein RCT (besser eine Folge vergleichbarer RCTs) einen mehr oder weniger sicheren Schluss auf das Vorliegen eines Kausalverhältnisses. Er trifft keine Aussage dazu, wie die Wirksamkeit „mechanistisch“ zustande kam. Sein Thema ist „causal inference“, nicht „causal explanation“.

Mit dem RCT sind wir im Zentrum der Evidenz-basierten Medizin (EbM).

²⁰ Die Abbildung folgt einer Darstellung von Fletcher RW, Fletcher SW: Clinical epidemiology. Baltimore (Lippincott) 1982.

In ihr geht es gerade nicht um das Augenfällige, das sich völlig überzeugend von selbst offenbart. Informationen zu Wirksamkeit und Nutzen müssen im Gegenteil mühsam erarbeitet und geprüft werden. Erst dann kann ihnen der Ehrentitel „Evidenz“ zugesprochen werden.

Erst dann werden sie zu einem beachtenswerten Beweismittel in der Verteidigung von Behauptungen zu Wirksamkeit und Nutzen medizinischer Methoden; ich füge hinzu: Beweis im juristischen, nicht logischen oder mathematischen Sinn.

EbM gibt sich auch nicht mit dem Argument zufrieden: „Aus unserer überzeugenden Theorie wissen wir, wie unser Mittel wirkt, also wissen wir auch, dass es wirkt“. Die pragmatische Wende in der Begründung klinischer Methoden im Kontrast zu rein theoretischen Ableitungen lässt sich mit einem ironischen Aperçu eines englischen Anonymus verdeutlichen: „It’s all very well in practice but will it work in theory?“²¹

Folie Chalmers

Während die Klinik durch die Grundlagenforschung sozusagen von außen verwissenschaftlicht wird, verwissenschaftlicht sich die Evidenz-basierte klinische Medizin in der klinisch-evaluativen Forschung sozusagen selbst - von innen. In ihr kommt die Klinik zu einer eigenen „science of clinical care“²². Denn es sind die Kliniker, die klinische Studien planen, durchführen, auswerten, veröffentlichen, kritisch diskutieren und deren Ergebnisse schließlich nutzen und auf Alltagstauglichkeit prüfen. Dies geschieht in zunehmendem Maße unter aktiver Beteiligung von Patienten – auf allen Stufen (partizipative Forschung).

Folie Programm

4. Behandeln und Forschen „in uno actu“

Sie hatten schon gehört: Klinisches Handeln ist zugleich medizinisches Behandeln und Beziehungshandeln; wird es von Erläuterungen begleitet, erfüllt es noch eine edukative Funktion.

²¹ Chalmers I: What do I want from health research and researchers when I am a patient? British Medical Journal 1995;310:1315-1318, hier S. 1317

²² Daly J: Evidence-based medicine and the search for a science of clinical care. University of California Press (Berkeley) 2005

In diesem Abschnitt möchte ich eine vierte Funktion ansprechen: Es ist nicht selten, aber immer möglich, dass Behandeln und Forschen in uno actu, in einer Handlung zusammengehen.

Denken wir an unsere Rheumatologin zurück. Sie hatte sich an einer kontrollierten Studie zu Wirksamkeit und Nutzen von MTX beteiligt. Jedem von ihr eingeschlossenen Patienten begegnete sie in einer Doppelfunktion: als behandelnde Ärztin und als Studienärztin. Untersuchte sie eine Patientin, dann diente das einerseits deren klinischen Behandlung und andererseits der systematischen Erfassung von Daten.

Diese Gleichzeitigkeit, Einheit von Behandeln und Forschen kommt in diversen Zusammenhängen vor; nicht nur in interventionellen Studien wie RCTS. Behandeln und Forschen geht auch in Registerstudien und Anwendungsbeobachtungen zusammen. In jedem Fall geschieht das Behandeln im Rahmen einer vorab formulierten wissenschaftlichen Fragestellung.

Ein instruktiver Sonderfall ist der individuelle Heilversuch. Er soll einem einzelnen Patienten in einer bisher kaum beherrschbaren Lage helfen; es geht also primär um das Behandeln – mit einem so bisher nicht genutzten Verfahren. Aber Kliniker und auch Juristen²³ sehen eine Pflicht der Durchführenden, den Versuch so anzulegen, dass die damit gemachten Erfahrungen wissenschaftlich aufgearbeitet und kasuistisch veröffentlicht werden können.

Wenn ein und dieselbe Handlung sowohl der Behandlung als auch der Forschung dienen kann, dann heißt das auch, dass die Schwelle zwischen Behandeln und Forschen, zwischen Behandler und Forscher in der klinischen Medizin denkbar niedrig ist. Man muss nicht, aber man kann leicht zur ersten die zweite Rolle hinzunehmen.

Das heißt natürlich nicht, dass jeder behandelnde Arzt auch forscht oder forschen müsste. Unsere Patientin wurde in den hier gestreiften Kontakten nicht zum Forschungsobjekt. Aber jeder behandelnde Arzt könnte sich leicht an klinischer Forschung beteiligen, Motivation, einige Kenntnisse, Zeit und Raum vorausgesetzt.

Folie Programm

²³ Hart D: Haftungsrecht und Standardbildung in der modernen Medizin: e:med und Probleme der Definition des Standards. *Medizinrecht* 2016;34:669-675

5. Zurück zum Patienten – „patientenzentrierte Medizin“

Es ist offensichtlich, dass der einzelne Patient als leidendes Subjekt, als homo patiens weder in der aktuellen nosologischen noch in der biologischen Grundlagenforschung noch in der dargestellten Therapieforschung vorkommt.

Hören wir noch einmal genauer auf unsere Patientin:

„Mein Hausarzt hat mich an Sie überwiesen. Wir wissen nicht mehr weiter. Was ist das, woher kommen die Schmerzen und Schwellungen? Sie halten jetzt schon mehr als 10 Wochen an. Bisher hat nur Cortison geholfen. Im Haushalt fällt mir vieles aus der Hand; unser Jüngstes kann ich kaum noch anziehen; und im Büro an meinem PC erst ... Was wird daraus werden? Ich mach' mir Sorgen, früher war ich immer fröhlich und optimistisch! Aber jetzt ... Können Sie mir helfen?“

Hier scheint (noch einmal?) zuzutreffen, was der schweizerische Philosoph Emil Angehrn so zusammenfasste ²⁴:

„Der Arzt wird nicht um Auskunft, sondern um Hilfe ersucht, der Kranke sucht nicht Wissen, sondern Befreiung von seiner Krankheit und Heilung. Der Ausdruck des Schmerzes ist nicht eine Mitteilung, sondern ein Appell an den Mitmenschen, eine Inanspruchnahme und Herausforderung des ärztlichen Wissens und Könnens.“

Im „ersuchen“, „appellieren“, „in Anspruch nehmen“ deutet sich an, dass Kranksein nicht nur passives Leiden, sondern auch aktive Leistung beinhaltet. Kranke gestalten die Entstehung, Entwicklung und Manifestation, die Behandlung und den Ausgang ihrer Erkrankung wesentlich mit – im Kontext ihrer je besonderen Lebensgeschichten und aktuellen Lebenssituationen.

Betrifft ein Arzt, der den leidenden Menschen ²⁵, den homo patiens, als homo compatiens wahrnimmt, im Umgang mit ihm nun das Reich der freien ärztlichen Kunst – oder findet er eine wissenschaftlich zu nennende Basis, über seinen Patienten als Subjekt, über die einmalige Beziehung zwischen ihnen nachzudenken und sie bewusst zu gestalten?

Es liegt nahe, sich in Deutschland mit dieser Frage zuerst an die medizinische Anthropologie zu wenden. Sie wurde hier und in den Niederlanden zwischen den Weltkriegen und bis in die 1970er Jahre hinein besonders gepflegt ²⁶. Nach 1945 erschien sie als Garant einer Rehumanisierung der Medizin nach einer „Medizin ohne

²⁴ Angehrn E: Der kranke Mensch. Leben und Krankheit als Herausforderung der Philosophie. Vortrag vor der 20. Jahrestagung der Viktor von Weizsäcker Gesellschaft, 23.- 25. Oktober 2014, Heidelberg. <https://viktor-von-weizsaecker-gesellschaft.de/Texte/> (4.10.2018)

²⁵ Frankl VE: Der leidenden Mensch. München (Piper) 1990

²⁶ Ten Have H: The anthropological tradition in the philosophy of medicine. Theoretical Medicine 1995;16:3-14

Menschlichkeit“²⁷ – verbunden mit den Namen u.a. v. Weizsäcker, Plügge, Christian, v. Gebattel, Frankl.

Fritz Hartmann (1920 – 2007), mein klinischer Lehrer, machte wie andere vor ihm zum Thema, dass Ärzte der Konfrontation mit „elementare(n) menschlichen Leidensverfassungen“²⁸ kaum ausweichen können. Er unterschied fünf solcher Verfassungen: Niedergeschlagenheit, Angst/Sorge, Schmerz, Scham, Sterblichkeit. Ihre Spuren sind nahezu an jedem chronisch und schwer Kranken wahrzunehmen²⁹.

Die Fragen, Theoreme und Spekulationen der Mitglieder des v. Weizsäcker-Kreises in Heidelberg gingen weit über solche Wahrnehmungen hinaus: Welche in der Person und ihrer Geschichte liegenden Erlebnisse und Gefährdungen seien es, die gerade bei dieser Person gerade diese Erkrankung und gerade jetzt hervorbrachten? Sie unterstellten internistischen Erkrankungen einen dem Kranken verborgenen, dem Arzt aber zugänglichen Sinn. In der Krankheit manifestiere sich ungelebtes Leben. Seelisches und Leibliches verträten sich gegenseitig. In typischer Formulierung: „Nichts Organisches hat keinen Sinn, nichts Psychisches hat keinen Leib.“³⁰ Und sie sahen ihr Behandlungsziel weniger in der Heilung oder Remission der Krankheit, sondern in der endlichen Menschwerdung der Person. Der Polikliniker Plügge attestierte den RA-Kranken generell eine „gesamtpersonale Dürftigkeit“³¹.

Als Suchbewegungen, als Schritte in offenes Land, als Hypothesen eröffnen solche Vorstellungen Freiräume. Allerdings zogen sie auch scharfe Kritik auf sich, u.a. von Karl Jaspers³² und Paul Martini³³. Milder urteilte Hans Schäfer, ein Heidelberger Physiologe und Sozialmediziner: Er bezeichnet diese Anthropologie als eine „des professoralen Menschen, d.h. von Professoren für Professoren entworfen.“³⁴

Aber selbst für die Subspezies Professor des homo sapiens ist die anthropologische Literatur ein hartes Brot: Sie ist für Uneingeweihte schwer zu verstehen und oft wolkig. Jaspers spricht von „Ahnungen“, „Raunen“, „substanzlosem Schaum“ (S. 439).

²⁷ Mitscherlich A, Mielke F (Hrsg.): Medizin ohne Menschlichkeit. Dokumente des Nürnberger Ärzteprozesses. Frankfurt (Fischer) 1978

²⁸ Hartmann F: Ärztliche Antworten auf elementare menschliche Leidensverfassungen. Therapiewoche 1977;27:6919-6933; siehe auch Ders.: Homo Patiens. Zur ärztlichen Anthropologie von Leid und Mitleid. In: Seidler E, Schott H (Hrsg.): Bausteine zur Medizingeschichte. Heinrich Schipperges zum 65. Geburtstag. Wiesbaden-Stuttgart (Franz Steiner) 1984:35-44

²⁹ Siehe auch Cassel EJ: The nature of suffering and the goals of medicine. NEJM 1982;36:639-645

³⁰ v. Weizsäcker V:

³¹ Plügge H: Anthropologische Beobachtungen bei primär chronischen Arthritikern. Zeitschrift Rheumaforschung 1953;12:231-246; siehe dazu Raspe H: Chronische Polyarthrit. In: Adler R, Herrmann JM, Köhle K et al (Hrsg.): Uexküll Psychosomatische Medizin. München (Urban & Schwarzenberg) 4.1990:815-828

³² Jaspers K: Arzt und Patient. Studium Generale 1953;6:435-443

³³ Martini P: Arzt und Kranker. Studium Generale 1953;6:450-458

³⁴ Schäfer H: Intuition und Wissenschaft in der Medizin. Der Deutsche Apotheker 1976;28:438-445, hier S.444

Martini kritisiert die „Hybris“ der ärztlich-objektivierenden Sinnggebung (S. 457) von Kranksein.

Zudem finden sich annähernd so viele Spielarten medizinischer Anthropologie, wie es Autoren und „metaklinische“³⁵ Konzepte gibt. Anthropologische Aussagen sind in besonderem Ausmaß von Hintergrundannahmen, Menschenbildern abhängig. Eine psychoanalytische Anthropologie kommt zu systematisch anderen Aussagen als eine explizit christliche oder eine biologisch-naturwissenschaftliche, oder wirtschaftswissenschaftliche.

Mir ist vor diesem Hintergrund verständlich, dass die Anthropologie in der Breite der Inneren Medizin so gut wie keine Spuren hinterließ. Unbeantwortet blieb auch die Frage, wie man anthropologisch fundiertes Handeln in die klinische Routine integrieren, wie man es organisieren könne.

Die klinischen Fragen und Probleme um das leidende Subjekt aber bleiben. Sich ihnen bescheidener zu nähern, war das Programm der patientenzentrierten Medizin, die ab 1969 von dem Kieler Internisten Karlheinz Engelhardt (1930 – 2011) entwickelt wurde³⁶. Engelhardt ging von der auf klinische Beobachtungen gestützten „These“ aus,

Folie These von K. Engelhardt

„dass jede Krankheit mit zahlreichen menschlichen Problemen verbunden ist, deren Beachtung oder Nichtbeachtung auf das Krankheitsbild zurückwirkt.“³⁷

Sein wissenschaftliches Werkzeug war weniger Spekulation als klinische Beobachtung und Kasuistik. Er nutze auch Interviewleitfäden und Fragebögen³⁸. Er vermied bewusst „den [von Hartmann kritisierten] Fehler aller spekulativen Wissenschaft, mit Verallgemeinerungen zu beginnen und nicht die eigene, d.h. nur ihr zugängliche spezifische Erfahrung an den Anfang zu setzen.“³⁹

Aber auch um die patientenzentrierte Medizin Engelhardts ist es still geworden. Auch sie ist nicht zu einem Anker für eine am kranken und leidenden Menschen orientierte Klinik geworden.

³⁵ Frankl VE: Der leidende Mensch. Anthropologische Grundlagen der Psychotherapie. München (Piper) 1990, S. 103 ff.

³⁶ Engelhardt K: „Patienten-zentrierte“ Medizin. Münchner Medizinische Wochenschrift 1971;113:8

³⁷ Engelhardt K: Der Patient in seiner Krankheit. Stuttgart (Thieme) 1971, hier S. vi; siehe au03-809ch Ders.: „Patienten-zentrierte“ Medizin. Münchner Medizinische Wochenschrift 1971;113:803-809 und Ders.: Patienten-zentrierte Medizin. Stuttgart (Enke) 1978

³⁸ Z.B. für Engelhardt K, Tischer G: Das Erlebnisfeld organisch Herzkranker. Münchner Medizinische Wochenschrift 1969;111:2606-2613

³⁹ Hartmann F: Medizin zwischen den Wissenschaften. Medizinische Klinik 1962;57:1268

Ein jüngster Versuch, die Person, das Subjekt der/des Kranken zur Sprache zu bringen, ist in der „narrativen“⁴⁰ oder „narrativ-basierten Medizin“ zu sehen⁴¹.

Folie Frontcover Charon

Unstrittig sind es Erzählungen, in denen Sinn und Bedeutungen ans Licht kommen, die Kranke ihrer Krankheit, ihrem Kranksein und Leiden geben. In Narrativen präsentiert der Patient seine Anliegen, seine Wünsche, Hoffnungen und Befürchtungen – persönlich, unverwechselbar, einzigartig. Narrative leiten die ärztliche Anamnese. Sie haben für den Patienten eine therapeutische Funktion. Ärzte nutzen sie, um Evidenzen zu erläutern und persönlich zu bezeugen. Wir haben das oben gehört. Sie bereichern die Patientenschulung. In ihnen werden gute und schlechte Erfahrungen aufgehoben und weitergegeben, von Patienten wie von Ärzten⁴².

Der Königsweg, sich ihnen wissenschaftlich zu nähern, sie systematisch auszuwerten, führt zu einer besonderen Forschungstradition, der qualitativen Sozialforschung. Sie hat aufwendige Interview- und Auswertungstechniken für kleine Stichproben entwickelt. Sie sind unter Ärzten wenig bekannt.

Will die Klinik patientenzentriert sein (oder werden), wird sie den Austausch von Narrativen nicht als Verschwendung kostbarer Ressourcen (Sicht des Kaufmanns) und auch nicht allein wegen ihres Manipulationspotentials (Sicht der EbM) unterdrücken dürfen.

5. Zusammenfassung und Schlussfolgerung

Damit komme ich zu einer Zusammenfassung:

1. Unter den Gebrechen, die Menschen seit Anbeginn plagten, sind Krankwerden, Kranksein und krankheitsbedingtes Sterben nicht die geringsten. Das, was wir heute klinische Medizin nennen, hat sich entwickelt und existiert, weil es Krankheit und Kranke immer schon gab, immer noch gibt und weiter geben wird.
2. Gesellschaftliche Aufgabe, Patientenauftrag und eigenes Ziel der klinischen Medizin ist es, Krankheiten vorzubeugen und Kranke zu heilen. Wo dies nicht gelingt, soll der natürliche Krankheitsverlauf so günstig wie möglich gestaltet werden, um jedem einzelnen Kranken Leid zu ersparen und lebenswerte

⁴⁰ Charon R: Narrative medicine. Honoring the stories of illness. Oxford (OUP) 2006.

⁴¹ Greenhalgh T, Hurwitz B (eds.): Narrative based medicine. London (BMJ) 1998

⁴² Lucius-Hoene G: Krankheitserzählungen und die narrative Medizin. Rehabilitation 2008;47:90-97, hier S. 90

Lebenszeit zu gewinnen. Hierzu hat die Klinik ein komplexes Handlungsprogramm entwickelt.

3. Eine wissenschaftliche Basis des klinischen (Be)Handelns resultiert aus einer Verwissenschaftlichung von extern. Sie liegt zunehmend in den Händen von Nicht-Medizinern. In deren außerklinischen Einrichtungen schaffen sie mit hoher Dynamik neues theoretisches Wissen als Grundlage neuer Behandlungstechnologien.
4. Eine zweite – eigene – Basis findet die Klinik in deren Prüfung durch klinisch-evaluative Studien. Daneben kann jeder einzelne Handlungsschritt zwischen Anamnese und Verlaufsbeobachtung Gegenstand skeptisch-kritischer Selbstbeobachtungen und kontrollierter Experimente werden. Letzter Maßstab klinischen Handelns ist der patientenrelevante Nutzen.
Der Wissenschaftsrat hat klinische Studien vor 6 Tagen als einen „wesentlichen Schlüssel zum medizinischen Fortschritt“ bezeichnet.⁴³
5. Eine dritte – wiederum eigene und ältere – wissenschaftliche Basis sehe ich in der auf Beobachtung, Nachdenken, oft auch auf einer Intervention beruhenden Fallmitteilung, in der klinischen Kasuistik.
6. Eine Kasuistik ist das schriftliche Ergebnis einer Verbindung von Behandlungsintention und Wissenschaftsintention, von konkretem Behandeln und wissenschaftlicher Arbeit.
Damit ist exemplarisch etwas Wichtiges getroffen: Behandeln und Forschen können in der Klinik Hand in Hand gehen; die Schwelle zwischen dem einen und dem anderen ist denkbar niedrig. Klinisch Forschen beinhaltet in der Regel klinisch Behandeln; klinisch Behandeln kann klinisch Forschen beinhalten.
7. „Kann“ heißt weder „muss“ noch „in der Mehrzahl der Fälle“. Im Gegenteil wird beklagt, dass es approbierten Ärzten an epistemischen Fertigkeiten und Tugenden fehle. Wissenschaftliche Legasthenie scheint weit verbreitet zu sein. Hierauf werden die bevorstehenden Änderungen der ärztlichen Ausbildung und Weiterbildung reagieren.
Dokumente professioneller Selbstverpflichtung formulieren die Erwartung, dass sich der einzelne Arzt an der Produktion neuen Wissens beteiligt. In einer solchen Charta aus dem Jahr 2002 heißt es ausdrücklich: „Ärzte haben die Pflicht wissenschaftliche Standards einzuhalten, Forschung zu fördern und neues Wissen zu schaffen und dessen angemessenen Gebrauch sicherzustellen.“⁴⁴

⁴³ Wissenschaftsrat: Empfehlungen zu klinischen Studien. Drs. 7301-18. Hannover 19.10.2018

⁴⁴ Medical Professionalism Project: Medical professionalism in the new millennium: a physicians' charter. Lancet 2002;359:520-522, hier in der 8. Selbstverpflichtung, S. 521

Das führt mich am Ende zu wenigen als Thesen formulierten Schlussfolgerungen:

Folie Thesen

1. Sieht man nicht auf einzelne Mitglieder der Profession, sondern auf die klinische Medizin als akademisch gegründete soziale Institution, dann scheint es mir nach allem Gesagten gerechtfertigt, sie als eine Wissenschaft, genauer als „eine praktische Wissenschaft“⁴⁵ und enger noch als eine „besondere Art“ praktischer Wissenschaft zu sehen. Jedenfalls ginge die Bezeichnungen „theoretische“ oder „angewandte Wissenschaft“ am Wesentlichen, dem Handlungsauftrag und seinem Grund, der krankheitsbedingten Hinfälligkeit, vorbei.
2. Die Klinik ist m.E. am besten als eine **Handlungswissenschaft** charakterisiert, mit einem besonderen Gegenüber, einer besonderen Aufgabe und Handlungslogik, besonderen Zielen, Mitteln, Wissensbeständen, Forschungsmethoden und Bezugswissenschaften. In einer Handlungswissenschaft geht es nicht nur darum, mit Sätzen Behauptungen und Einsichten zu begründen, sondern mit Sätzen Handlungen kausal und final zu begründen und moralisch zu rechtfertigen.
3. Besonders ist an der Klinik die enge Verbindung von Behandlungshandeln und Forschungshandeln. Klinisches Forschen beinhaltet in der Regel klinisches Behandeln. Klinisches Behandeln kann Forschen⁴⁶ beinhalten.
4. Die klinische Medizin scheint mir Gemeinsamkeiten mit ähnlich verfassten, aber anders beauftragten Wissenschaften zu haben. Das wird sich in den folgenden Vorträgen erweisen.

Und noch einmal: „Medizin kann auch als Wissenschaft nur gewürdigt und beurteilt werden von den praktischen Wirkungen auf leidende Menschen her, als Handlungswissenschaft.“⁴⁷

Angesichts aktueller Entwicklungen in unserem Gesundheitswesen ist es für mich zu einer ungelösten und bedrängenden Frage geworden, wie man dem leidenden Menschen im Klinik- und Praxisbetrieb zu seinem Recht verhelfen kann.

⁴⁵ Siehe dazu besonders Wieland W: Diagnose. Überlegungen zur Medizintheorie. Berlin (de Gruyter) 1975, S. 1 ff.; ders.: Medizin als praktische Wissenschaft – Die Frage nach ihrem Menschenbild. In: Gierke M, Matthiessen PF (Hrsg.): Medizin und Menschenbild. Bad Homburg (VAS) 2015/2006:25-48

⁴⁶ Forschen auch zur Förderung theoretischen Wissens, etwa durch die Gewinnung und Untersuchung von Biomaterialien, wie sie aus Resektionen anfallen.

⁴⁷ Hartman F: Die „Frag-Würdigkeit“ der Medizin als Wissenschaft. Medizin in unserer Zeit 1978;2:121-129, hier S. 128

Die allseits beklagte Vernachlässigung der personalen Zuwendung hängt heute weniger am Verhalten einzelner Personen, sondern viel stärker an der Organisation (und die hängt an der Finanzierung) der Einrichtungen. Wir brauchen weniger eine die Fachleute ermahnde Tugend- und Pflichtenethik als vielmehr eine praktisch wirksame Organisationsethik. Vielleicht ist deren Vernachlässigung mit dafür verantwortlich, dass die medizinische Anthropologie, die patientenzentrierte und die narrative Medizin zwar die akademische Literatur bereichert haben, aber kaum die Klinik.

Ich danke Ihnen für Ihre Geduld und Aufmerksamkeit!