

Jeder Patient ist einzigartig: ein universales Killerargument gegen Standards in der Medizin?

Guidelines und Checklisten rufen bei Medizinern nicht selten heftige Abwehrreaktionen hervor. Doch Menge und Variabilität von Diagnosen und Therapien machen es dem einzelnen Arzt oft schwer, Evidenzen kritisch zu beurteilen. Der Autor schlägt vor, Empfehlungen aus den Guidelines zu streichen und sie als reine Wissensbasis der Medizin zu behandeln.

Johann Steurer

Leiter Horten Zentrum für praxisorientierte Forschung und Wissenstransfer

Bitte beachten Sie zu diesem Thema auch das «Zu guter Letzt» auf S. 258.

Bei Diskussionen über die Medizin, insbesondere über Guidelines, Diagnosis Related Groups (DRG) oder Standards, wird ziemlich schnell das Argument «jeder Patient ist einzigartig» ins Feld geführt und damit die Diskussion erst einmal ins Stocken gebracht. Natürlich und ohne Zweifel ist jeder Patient ein Individuum und damit einzigartig. Jeder Patient hat seine eigene Lebensgeschichte, sein eigenes DNA-Profil, seine persönlichen Wertvorstellungen und Präferenzen und ist damit einzigartig. Diese Einzigartigkeit des Patienten ist das zentrale Konzept der homöopathischen Medizin, während in der wissenschaftlich

Ebene der Kommunikation, respektive Beziehung, zwischen Patient und Arzt. Eine verständliche, einfühlsame und respektvolle Kommunikation ist wichtig, das steht ausser Diskussion. Auf dieser Ebene steht das Individuum im Zentrum. Voraussetzung einer respektvollen Kommunikation ist allerdings die Korrektheit des kommunizierten Inhalts, die Korrektheit der Diagnose und Therapie. Auf dieser Ebene steht der Typus Krankheit im Mittelpunkt. In erster Linie ist es immer noch der Inhalt der Kommunikation – das Wissen – und nicht die Art der Kommunikation, die den Arzt vom medizinischen Laien unterscheidet.

Ärzte befürchten zu Unrecht, dass in Zukunft weite Teile der Medizin mit Checklisten organisiert werden.

basierten Medizin, wenn es um Diagnose und Therapie geht, diese Einzigartigkeit beseitigt wird, um mit den Worten Peter von Matts, «den Patienten als Wiederholung eines Typus zu erkennen» [1]. Der homöopathische Arzt stellt für jeden einzelnen Patienten, abhängig von den Beschwerden und anderen Faktoren, eine speziell nur für dieses Individuum zugeschnittene Therapie zusammen. Der wissenschaftlich orientierte Arzt abstrahiert vom Individuum und ordnet den Patienten aufgrund seiner Beschwerden einem bestimmten Typus Krankheit zu, und der Patient erhält die für diesen Typus Krankheit adäquate Therapie.

Die zentrale Aufgabe und den Begriff der Medizin auch definierend ist das «Wissen über den Gesundheitszustand einer Person zu schaffen» und «die Person über den Gesundheitszustand zu informieren», und – wenn notwendig – eine Therapie zu verschreiben oder durchzuführen [2]. In dieser Definition werden die zwei unterschiedlichen Ebenen der Medizin offensichtlich. Die Ebene des Wissens und die

Fortschritte in der Medizin ermöglichen das Formulieren von Standards (man kann das auch *state of the art* nennen), und die zu erwartenden Fortschritte werden weitere und differenziertere Standardisierungen ermöglichen. Unter dem Begriff «Standard» verstehe ich im Kontext der Medizin [1] klare Definitionen von Krankheiten [2], von Experten der jeweiligen Disziplin geschaffenes Wissen (Wissens-Standards, *shared expert's belief*) zu Diagnose, Prognose und Ursache von Krankheiten und [3] in bestimmten, ausgewählten Situationen effektive Handlungsanleitungen.

Definition von Krankheiten

Eine der grossen und zentralen Errungenschaften der Medizin sind klare und eindeutige Definitionen von Krankheiten. Viele Krankheiten, wie zum Beispiel der Myokardinfarkt, die Hepatitis oder das Hodgkin-Lymphom können heute klar als somatische Anomalie definiert werden, während das vor hundert Jahren für

Korrespondenz:
Prof. Dr. med. Johann Steurer
Universität Zürich
Rämistrasse 100
CH-8091 Zürich
Tel. 044 255 31 98
Fax 044 255 97 20
johann.steurer@usz.ch

keine dieser Krankheiten möglich war. Klare Definitionen von Krankheiten sind die Voraussetzung, um Patienten verlässlich einem bestimmten Typus Krankheit zuzuordnen. Sie, die Definitionen, sind aber auch eine essentielle Voraussetzung für die Forschung. Sowohl die Evaluation diagnostischer Verfahren als auch die Prüfung der Wirksamkeit von Therapien setzt klare und eindeutige Definitionen von Krankheiten voraus. Fehlen eindeutige Definitionen, kann das Objekt der Forschung, in diesem Fall die Krankheit, nicht klar beschrieben werden, und die Forscher wissen nicht immer genau, was sie in den Studien eigentlich untersuchen [3].

«Wissens-Standards»

Die klinische Forschung generiert Ergebnisse – Evidenzen – zu diagnostischen Tests und der Wirksamkeit von Therapien aller Art. Wenn mehrere Studien zu einer Frage publiziert wurden, variieren diese Evidenzen zwischen einzelnen Studien, und teilweise widersprechen sich die Ergebnisse. Bekannte Beispiele sind die Diskussionen über Brustkrebsscreening, die Therapie der Hypertonie mit Betablockern, oder wann welcher koronare Stent eingesetzt werden soll. Die Menge und die Variabilität der Evidenzen verunmöglichen dem individuellen Arzt in den meisten Gebieten der Medizin, diese Evidenzen kritisch zu beurteilen und zu untersuchen, warum die Ergebnisse der Studien unterschiedlich und teilweise sogar widersprüchlich sind. Die Lösung dieses Problems ist (oder wäre es), dass Experten der jeweiligen Disziplin, basierend auf den Ergebnissen der Forschung (den Evidenzen), der kritisch reflektierten eigenen klinischen Erfahrung und einem profunden Verständnis des Fachgebietes,

die «Wissensbasis» der jeweiligen Disziplin schaffen, das Wissen, das für die medizinische Praxis relevant ist. Diese auch im Internet abrufbare Wissensbasis entspricht dem jeweiligen Wissensstand, auf den sich die Experten geeinigt haben (*shared expert's belief*), und repräsentiert damit den Standard des Wissens.

Aufbauend auf diesem generellen Wissen, generiert von den Experten der Disziplin, schafft der Arzt in der Praxis oder im Spital Wissen – Ad-hoc-Wissen – über den einzelnen Patienten. Das ist, erstens, das Wissen über die Wahrscheinlichkeit, mit der Herr Müller die Krankheit X, z. B. eine Lungenembolie, hat – die Diagnose –, und zweitens, das Wissen über die Konsequenzen von Therapie A, verglichen mit Therapie B oder keiner Therapie. All dieses Wissen, das generelle wie das Ad-hoc-Wissen, das ist das Schwierige, aber auch Spannende an der Medizin, ist probabilistisches Wissen, ein Wissen über Wahrscheinlichkeiten. Zum Beispiel: Medikament A verringert bei Herrn Müller das Risiko einer Lungenembolie um 90% und Medikament B um 80%. Für Herrn Müller gibt es im Ergebnis aber nur ein Entweder-Oder, entweder bekommt er eine Lungenembolie oder nicht. Aber, und das ist der entscheidende Punkt, die Wahrscheinlichkeit einer Lungenembolie ist geringer, wenn er Medikament A anstelle von B nimmt. Sie ist auch dann geringer, wenn Herr Müller Silvio Berlusconi den besten Staatspräsidenten aller Zeiten findet und gegen Atomkraftwerke ist. Wenn er trotz Medikament A doch eine Lungenembolie erleidet, dann ist die oft gehörte Schlussfolgerung, dass jeder Patient einzigartig ist und infolge der Einzigartigkeit das Medikament B vielleicht doch das bessere gewesen wäre, irrational.

Handlungsempfehlungen und Handlungsanleitungen

Wenn Medizinern nachdrücklich empfohlen oder vorgeschrieben wird, was sie wie zu tun haben oder hätten, dann regt sich Widerstand. Teilweise zu Recht, teilweise zu Unrecht. Für einige «Handlungen» in der Medizin gibt es Standards. Folgt der Arzt solchen Standards, zum Beispiel der von Pronovost [4] entwickelten und publizierten Checkliste zum Einlegen eines zentralvenösen Katheters, dann sind infektiöse Komplikationen deutlich geringer als bei Nicht-Befolgung. Diesen Standard generell nicht einzuhalten, mit dem Argument, «jeder Patient ist einzigartig», ist unbegründbar und absurd. Auch die Diskussion, ob Checklisten für Mediziner angenehm oder unangenehm sind, ist, solange mit Checklisten die Sicherheit der Patienten sichergestellt oder verbessert wird, müssig und irrelevant. Allerdings sind solche Checklisten oder Standardprozeduren nur in ausgewählten Situationen der Medizin anwendbar, aber dort sind sie sehr effizient. Ärzte befürchten zu Unrecht, dass in Zukunft weite Teile der Medizin mit Checklisten organisiert werden. Die Organisation einer Arztpraxis oder eines Spitals, hier haben alle Mediziner, was selten der Fall ist, eine klare Meinung, kann nicht eins zu eins von



Bei Befolgung der von Pronovost entwickelten Checkliste zum Einlegen eines zentralvenösen Katheters sind infektiöse Komplikationen deutlich seltener.

einer Plastikflaschenfabrik übernommen werden. Aber einzelne Organisationsprinzipien können und sollten durchaus von der Industrie übernommen werden, um die Effizienz zu verbessern und die Patientensicherheit zu steigern [5].

Die Diskussion, ob Checklisten für Ärzte angenehm oder unangenehm sind, ist müssig und irrelevant, solange damit die Sicherheit der Patienten verbessert wird.

Neben den Checklisten sind es die Guidelines, welche die Gemüter der Mediziner erregen. Die Hauptkritikpunkte lauten: Die Guidelines sind im Einzelfall nicht anwendbar und Guidelines führen zu einer Kochbuchmedizin. Die Tatsache, dass Guidelines nicht bei jedem Patienten anwendbar sind, und die Annahme, dass Guidelines zu einer Kochbuchmedizin führen, sind per se noch kein Grund, Guidelines grundsätzlich in Frage zu stellen. Aber beide Kritikpunkte fokussieren auf einen spezifischen Teil der Guidelines, nämlich auf die Empfehlungen, und dieser Aspekt sollte kritisch hinterfragt werden. Empfehlungen sind eine Art vorweggenommene Entscheidung der Patientin oder des Patienten, und man kann sich die Frage stellen, warum die Guideline-Entwickler dauernd und kontinuierlich Empfehlungen abgeben. Die Akzeptanz und damit der Nutzen von Guidelines könnten, so meine Hypothese, mit einem relativ einfachen, aber radikalen Schnitt unmittelbar verbessert werden. Empfehlungen werden in Zukunft aus den Guidelines gestrichen und das, was von den jetzigen Guidelines noch übrig bleibt, das Wissen (*shared expert's belief*), wird in Wissensbasis der Medizin umbenannt. Ein Beispiel: Wenn eine Frau in der Menopause in Zukunft zu ihrem Arzt geht, um sich über eine Hormontherapie zu erkundigen, dann wird sie, basierend auf der auch im Internet abrufbaren Wis-

sensbasis der Medizin, über die positiven und negativen Konsequenzen der Hormontherapie informiert und sie als Individuum allein oder zusammen mit dem Arzt entscheidet, ob sie Hormone einnimmt oder nicht. Die Konsequenz ist, dass alle Frauen, unabhängig davon, welchen Arzt sie fragen, die gleichen Informationen erhalten. Dies wird von einer Profession wie der Medizin eigentlich erwartet.

Die Fortschritte der Medizin basieren auf der Definition von Krankheiten und der korrekten Zuordnung von Patienten zu einem Typus von Krankheit sowie der Entwicklung typenspezifischer Therapien. Das Ziel der Medizin ist die Zuordnung von Patienten zu diesen Typen – das Schaffen von Wissen über den Gesundheitszustand. Um dieses Wissen schaffen zu können, muss vom Individuum abstrahiert werden. Bei der Information und den Entscheidungen über das weitere Prozedere tritt das Individuum wieder ins Zentrum. Das Individuum ist zu achten und zu respektieren, darüber besteht kein Zweifel, aber die Instrumentalisierung des Begriffs Individuum dient dem Individuum nicht.

Literatur

- 1 von Matt P. Das Gesetzmässige und das Individuelle in den Wissenschaften. Vorlesung im Rahmen des Zyklus Wissenschaftstheoretische Grundlagen der Medizin. 2008.
- 2 Miettinen OS, Flegel KM. Elementary concepts of medicine: II. Health, health fields, public health. *J Eval Clin Pract.* 2003;9(3):311–3.
- 3 Miettinen OS, Flegel KM. Elementary concepts of medicine: III. Illness: somatic anomaly with. *J Eval Clin Pract.* 2003;9(3):315–7.
- 4 Goeschel CA, Holzmueller CG, Pronovost PJ. Hospital Board Checklist to improve culture and reduce central line-associated bloodstream infections. *Jt Comm J Qual Patient Saf.* 2010;36(11):525–8.
- 5 Morton A, Cornwell J. What's the difference between a hospital and a bottling factory? *BMJ.* 2010;339:b2727.