

Professionelle Sicht, Patientenpräferenzen und evidenzbasierte Medizin: geht das jemals zusammen?

Norbert Schmacke

Einer weit verbreiteten Auffassung zufolge stehen sich in der Medizin zwei Paradigmen weithin unversöhnlich gegenüber (Bensing 2000): die Welt der evidenzbasierten Medizin (positivistisch, biomedizinisch orientiert) und die Welt der patientenzentrierten Medizin (humanistisch, biopsychosozial orientiert). Diese Sicht mag als Provokation nützlich sein, sie spart allerdings einige wesentliche Befunde der Forschung aus. Bensing selber plädiert auch für die Überwindung dieses Antagonismus und sieht die Schlüsselrolle in den Ergebnissen der Kommunikationsforschung. Dies ist nachhaltig zu unterstützen, und folgende Forschungssplinter seien zunächst genannt (sämtlich nach Dalhousie Medical School 2004):

- Nur ein Viertel der Patienten konnte ihr Eingangsstatement im Gespräch mit dem Arzt ungestört beenden.
- Die erste Unterbrechung durch den Arzt findet nach 18 bis 23 Sekunden statt.
- Patientenzentrierte Konsultationen waren lediglich eine Minute länger als arztzentrierte Konsultationen.
- Die Therapietreue steigt durch explizites Erfragen von Patientenwissen, -überzeugungen, -sorgen und -haltungen.
- Ärztinnen weisen größere Bereitschaft zur Einbeziehung psychosozialer Fragen auf als Ärzte.

Patientenzentrierte Medizin (und Respekt für die Patientensicht ist ein Herzstück derselben) steht nun aber gerade nicht isoliert für die weiche Seite der Medizin, während evidenzbasierte Medizin gewissermaßen für

die „seelenlose“ Bewertung der Leistungen steht. Mehr als zwei Jahrzehnte einschlägiger Trainings- und Forschungsaktivitäten der Forscherinnengruppe um Moira Stewart (Stewart et al. 2003) haben gezeigt, dass eine auf gute Qualität der Kommunikation fußende patientenzentrierte Versorgung vor allem mit folgenden Ergebnissen einhergeht:

1. Eine Vielzahl von Krankheitsverläufen entwickelt sich günstiger.
2. Die Zahl angestrenzter Kunstfehlerprozesse sinkt.
3. Der Zeitbedarf ist nicht durchgängig höher.
4. Die patientenseitige Zufriedenheit steigt.
5. Die Therapietreue nimmt zu.
6. Möglicherweise nimmt auch die arztseitige Zufriedenheit zu.

Für die Felder 1–3 sind diese Zusammenhänge durch randomisierte kontrollierte Studien (RCTs) gut belegt. Am schlechtesten erforscht ist bislang die Frage der arztseitigen Zufriedenheit – ein besonders bedauerlicher Befund. Die Autorinnen schlussfolgern: „It is increasingly apparent that the patient-centered clinical method is itself evidence-based. Taking into account the illness experience, the person and the context, and arriving at common ground have together been demonstrated to improve patient health outcomes, patient satisfaction and physician satisfaction...In summary, evidence-based medicine and the patient-centered clinical method are not ideas in conflict; rather they are synergistic“ (Stewart et al. 2003, 12).

Eine vielleicht zielführende selbstkritische Frage, welche alle Professionen der medizinischen Versorgung sich stellen sollten, hat Gambrell wie folgt formuliert: „How effective have we been in maximizing the flow of knowledge that contributes to helping clients and minimizing the flow of misleading, inaccurate material that diminishes opportunities to help clients and may result in harm?“ (Gambrell 2003).

Schließlich soll noch einmal das Thema des Goldstandards der klinischen Forschung adressiert werden. RCTs werden bekanntlich immer noch gern als patientenfern und artifiziell bezeichnet. Bezüglich der Forderung nach größerer Patientenzentrierung klinischer Studien soll auf zwei erstaunlicherweise wenig bekannte Aspekte hingewiesen werden. Die Berücksichtigung von Patientenpräferenzen innerhalb kontrollierter Studien ist sehr wohl möglich, wobei dieser Faktor für die interne und externe Validität von Studien deutlich überschätzt wird (King et al. 2005). Derartige Studien sind auch bei prima vista komplexen Interventionen durchführbar, wie das Beispiel einer dreiarmligen Studie zur Verbesserung der Behandlung depressiver Patienten im hausärztlichen Setting zeigt (Ward et al. 2000). Außerdem existiert eine elaborierte Debatte zu den materiellen Voraussetzungen einer wirksamen Beteiligung von Patienten an klinischen Studien (Campbell et al. 2002). Jedoch interessiert sich hierfür die klinische Forschung bis dato kaum.

Spannungsfelder werden bestehen bleiben, so auch zwischen Sichtweisen von Professionen und Patienten:

die Perspektiven können nicht immer identisch sein. Aber manche Forschungsergebnisse sind letztlich wieder entlarvend: wie im Falle der so genannten Wunschsectiones (in Bezug auf den ‚Kaiserschnitt‘), die vermeintlich auf Drängen von Frauen die Sectio-Rate weit über jedes vernünftige Maß hinaus haben ansteigen lassen, während die Befragung von Frauen und Hebammen zeigt, dass dieser massive Trend wohl doch primär dem innerärztlichen Diskurs und Selbst-

verständnis geschuldet ist (Lutz, Kolip 2006). Es steht zu vermuten, dass die Fortentwicklung der verfügbaren Evidenz den beschworenen „Gap“ zwischen professioneller Sicht und Patientenpräferenzen doch noch gänzlich anders beleuchten muss als dies in den allgemeinen Debatten heute der Fall ist.

Literatur siehe *Literatur zum Schwerpunktthema*.

www.elsevier.de/phf-literatur

Prof. Dr. med. Norbert Schmacke
Fachbereich Human- und Gesundheitswissenschaften der Universität Bremen
Arbeits- und Koordinierungsstelle
Gesundheitsversorgungsforschung
Bibliothekstraße 1
28359 Bremen
Tel.: 0421/218 8131
Fax: 0421/218 8135
schmacke@uni-bremen.de
www.akg.uni-bremen.de