

VII EVIDENCE BASED MEDICINE

PROFESSIONALISIERUNGSSCHUB ODER AUFLÖSUNG ÄRZTLICHER AUTONOMIE

Die folgende Studie, im Jahr 2002 in der Zeitschrift für Soziologie veröffentlicht, stieß in Folge einer Rezension in der FAZ durch Christian Geyer (2002) auf eine außerordentliche innermedizinische Resonanz. Bemerkenswerterweise gab es von ärztlicher Seite überwiegend positive, während von gesundheitswissenschaftlicher Seite ablehnende Reaktionen zu vernehmen waren, die so weit gingen, dass ein Vertreter der evidence based medicine bei meiner damaligen Chefin Adelheid Kuhlmeier anrief, um zu fragen, warum man mir nicht verboten hätte, diesen Beitrag zu veröffentlichen. Die Polarisierung, welche dieser Text hervorgerufen hat, lässt die unterschiedlichen, inkommensurablen Orientierungen zwischen ärztlichen Orientierungen und der dem wissenschaftlichen Feld zuzurechnenden biostatistischen Reflexionsmodi überdeutlich werden. Die unterschiedlichen, beiderseits die soziologischen Implikationen des Textes missverstehenden Reaktionen stellen gleichsam einen ›Beweis‹ für die zentrale wissenssoziologische Aussage dieses Textes dar. Die in einem Feld entwickelten semantischen Figuren mutieren in der Tat durch die Rezeption auf Basis eines anderen instruierenden Codes, einer anderen handlungsleitenden Orientierung. Das Missverständen zeigt hier gewissermaßen System und in diesem Sinne ist es kein Zufall, in welcher Weise der Text von welcher Gruppe missverstanden wird. Gleichzeitig wird aber hier ebenfalls deutlich, dass auch die totalisierende Weltsicht wissenschaftlicher Beobachter in der Gesellschaft vielfältig gebrochen wird.

Sei es der Zeitungsredakteur eines Qualitätsmediums, der die komplexe Analyse eines Soziologen feuilletonistisch aufarbeitet, die Ärzte, welche sich durch einen Soziologen affirmativ bestätigt fühlen und seinen Text als Kampfschrift gegen eine weitere Bürokratisierung anführen oder aber die Gesundheitswissenschaften, welche seine zentrale Botschaft ausblenden, um den blinden Fleck ihrer eigenen Ideologie nicht beleuchten zu müssen, niemand wird hier Diskurshoheit erlangen können.

Oder anderes herum: Wahrgenommen zu werden ist in einer polykontexturalen Gesellschaft nur um den Preis zu haben, dass die

eigentlichen Anliegen korrumptiert werden. Vermutlich ist das gut so, denn alles spricht dafür, dass die Verhältnisse klüger sind als das Bewusstsein.

Unter dem programmatischen Titel *evidence based medicine (EBM)* entwickelte sich Anfang der 90er-Jahre eine zunächst innermedizinische Initiative der ›Medizinrationalisierung‹ mit dem Anspruch, klinische Praxis auf die jeweils beste ›externe Evidenz‹ aus kontrollierten wissenschaftlichen Studien zu gründen. Als Bewegung der Medizinmodernisierung möchte *EBM* dabei aktiv den Prozess der ärztlichen Professionalisierung in Richtung zunehmender wissenschaftlicher Rationalität verändern. Dies soll unter anderem über veränderte Formen der Arbeitsorganisation (etwa EDV-gestützte Formen des Informationsmanagements), die ärztliche Weiterbildung (insbesondere in Methoden der klinischen Epidemiologie), über die Entwicklung so genannter evidenzbasierter Leitlinien und nicht zuletzt über diesbezügliche Eingriffe in die Finanzierung von Gesundheitsleistungen geschehen. Auf dem Boden der so genannten ›Kostenexplosion im Gesundheitswesen‹ in Verbindung mit dem statistischen Befund, dass die im internationalen Vergleich hohen Gesundheitsausgaben im Hinblick auf die Gesamtpopulation keinesfalls den erwarteten Gesundheitseffekten zu entsprechen scheinen, konnte die Bewegung der *EBM* im Gesundheitswesen eine bis heute ungebrochene Resonanz finden. ›Rationalisierung statt Rationierung¹ schien nun unter dem Druck knapper Ressourcen in der Gesundheitsversorgung eine willkommene Devise, unter deren Zielsetzung sich auch die anderen Funktionssysteme (Recht, Wissenschaft, Ökonomie und Politik) bereitwillig an die Felder der ärztlichen Profession ankoppelten, sodass sich diese Bewegung heute keinesfalls mehr als nur ein innermedizinisches Phänomen betrachten lässt. Auf den ersten Blick scheint *EBM* durchaus eine vernünftige Antwort auf eine Vielzahl der durch das moderne Gesundheitssystem aufgeworfenen Probleme zu geben. Was für berechtigte Einwände kann es auch dagegen geben, in der ärztlichen Arbeit wissenschaftliche Evidenz anstelle von Wildwuchs und Quacksalberei einzufordern, zumal mit dem verlockenden Stichwort ›Kosteneffizienz‹ auch noch eine ökonomische Perspektive aufgezeigt wird?

Unabhängig von der verständlichen Euphorie des Aufbruchs sollte der soziologische Beobachter – im prekären Verhältnis von Theorie

¹ »Prinzipiell bieten sich zwei Möglichkeiten an, die Ausgaben im Gesundheitswesen zu begrenzen: die Rationierung und die Rationalisierung. Erste orientiert sich primär an den Kosten, letztere primär am Nutzen der medizinischen Maßnahmen« (Porzsolt 1996, 608).

und Praxis geschult – auch einen zweiten Blick wagen, wenn unter dem Namen *evidence based medicine* eine neue Bewegung der Verwissenschaftlichung von Medizin damit beginnt, sich umfassend in Wissenschaft, Politik und Gesundheitsversorgung zu institutionalisieren. Wäre hier nicht vermehrt aus einer sozialen und gesellschaftlichen Perspektive heraus zu untersuchen, ob die erhofften großen Rationalisierungsgewinne wirklich zu erwarten sind oder ob nicht – über einige unbeabsichtigte bürokratische Nebenfolgen hinausgehend – sogar mit paradoxen Effekten zu rechnen wäre? Könnte nicht – wenn der Bogen überspannt wird – eine an sich plausible Idee gar zu einem technokratischen Schema mutieren, das langfristig tiefgreifend in das Selbstverständnis und die Identität der medizinischen Professionen einwirken würde?

Zumindest im deutschsprachigen Raum scheint dieses Phänomen aus einer originär soziologischen Perspektive bisher nicht näher beleuchtet, obschon die Gesundheitswissenschaften, das (Medizin-) Recht und natürlich die Ärzteschaft seit einigen Jahren erregt das Pro und Kontra im Hinblick auf die Bedeutung für die medizinischen Professionen debattieren. Die Gründe für das mangelnde soziologische Interesse mögen vielleicht auch darin liegen, dass sich die Medizinsoziologie, in ihrer großen Nähe zu den medizinischen Fakultäten, allzu leicht den »*taken-for-granted contrast between the cultural and the natural*« (Atkinson 1995, 35) zu eigen gemacht hat. Sie fühlt sich eher für die ›weicherer‹ Themen zuständig, während den biologischen Aspekten der Medizin (›*by default*‹) eine weitgehend unhinterfragbare technisch-wissenschaftliche Einheit zugesprochen wurde (Atkinson 1995, 27). Die technokratischen, fragmentierenden und vom Menschlichen wegführenden Aspekte der Medizin wurden zwar oft beleuchtet und kritisiert, ihre inhaltliche Dimension als naturwissenschaftliche Wahrheit schien aber trotz alledem nicht weiter thematisiert werden zu müssen.² Dieser Beitrag möchte gleichsam als Kontrapunkt hierzu die eher verborgen bleibenden sozialen Dimensionen der *evidence based medicine* herausarbeiten. Auch wenn in einigen Passagen bei manchen Lernern durchaus ein anderer Eindruck entstehen könnte, besteht mit

² Einige wenige diesbezügliche Studien zeigen auf, dass der naturwissenschaftliche Entdeckungsprozess selbst als ein konstruktiver Fabrikationsprozess verstanden werden muss (Knorr-Cetina 1991), der der Dichotomisierung von personalem Subjekt und Medizinobjekt, der spezifischen »Eigenaktivität, die in der Expressivität des Lebens oder des Bewußtseins liegt«, nicht gerecht wird (Lindemann 2001) und die medizinische Fallrekonstruktion selbst als ein aktiv konstruktiver Prozess begriffen werden muss (siehe etwa Berg 1992; 1996 sowie Atkinson 1995).

dieser Studie keinesfalls die Absicht, den Sinn und den Nutzen von randomisierten multizentrischen Therapiestudien, intelligenter Wissensorganisation und Qualitätssicherungsmaßnahmen grundsätzlich infrage zu stellen. Vielmehr geht es hier darum, die in diesen Rationalisierungsbemühungen selbst verborgenen ideologischen Momente herauszuarbeiten, die aus der vorschnellen Tilgung der Differenz von Theorie und Praxis, aus der Vermischung verschiedener Systembezüge und aus der unterschiedlichen Position beteiligter Akteure im Feld resultieren.

Die Analyse der hier aufgeworfenen Probleme geschieht mithilfe des eigentlichen Gegenstands dieser Untersuchung, nämlich der Frage der ärztlichen Professionalisierung im Spannungsfeld der aktuellen Medizinmodernisierung (hier allerdings nur im Hinblick auf die Bewegung der EBM). Mit dem soziologischen Konzept der Professionalisierung wird hierbei gleichsam automatisch der Fokus auf die soziale Dynamik dieser Bewegung gelenkt. Den theoretischen Rahmen dieser Studie bilden drei *professionalisierungstheoretische* Konzeptionen, die jeweils unterschiedliche empirische Dimensionen des Phänomens erschließen, dabei jedoch zumindest soweit kompatibel sind, dass sie in ihrer Rekonstruktion des Professionellen – wenngleich über verschiedene Wege – zum gleichen Schluss kommen, nämlich dass der Professionelle sich dadurch auszeichnet, *autonom* zu sein.³ Die Methode der Analyse besteht dabei in der Zusammenschau der sich aus diesen verschiedenen Blickwinkeln ergebenden eigenständigen sozialen Dimensionen. Erst hierdurch scheint es möglich, zu einer gehaltvoller Analyse, unter Umständen gar zu Ansätzen einer Synthese, zu gelangen. Zunächst wird hierzu mit Stichweh und Luhmann ein *systemtheoretischer* Standpunkt gewählt, über den insbesondere die Problematik der Inklusion juristischer, wissenschaftlicher, wirtschaftlicher und politischer Funktionsbezüge in die Welt der medizinischen Professionen mit ihrem Funktionsprimat der Krankenbehandlung betrachtet werden kann (2). Der zweite professionstheoretische Ansatz fokussiert anhand von Oevermanns professionstheoretischen Überlegungen die hieraus resultierende Professionsdynamik im Hinblick auf die »Struktur des autonom handlungsfähigen Subjektes« (3). Die dritte Perspektive schließlich beleuchtet das Phänomen der professionellen Autonomie unter dem Blickwinkel der *Inszenierung* (Hitzler) bzw. der *Wissensinszenierung* (Kiener und Schanne). Der Rekurs der medizinischen Professionen auf die EBM wird hier hinsichtlich einiger performativer Aspekte abgeklopft (4). Im letzten Teil werden die Ergebnisse der drei jeweils unterschiedlichen Analyseebenen im Zusam-

³ In dem hier verstandenen Sinne ist der Professionelle nicht unbedingt mit dem Experten gleichzusetzen (allgemein zur Professionalisierung s. Abbott 1988).

menhang diskutiert (5). Hieraus abgeleitet wird die These entwickelt, dass speziell im Hinblick auf die Dimension der Wissensinszenierung paradoxe Effekte durchaus zu erwarten sind. Die *Entdifferenzierung* medizinischer Funktionsbezüge und ein Rationalitätsgewinn, der nur um den langfristigen Preis der *Dekonstruktion* der wissenschaftlichen Vertrauensbasis zu haben wäre, scheinen hier eine durchaus zu erwartende Folgeerscheinung, falls der Bogen der *evidence based medicine* zu sehr überspannt wird. Um die Argumentation im Folgenden in inhaltlich begründeter Form entfalten zu können, muss einerseits teils auf empirische Beispiele, teils auf explizit formulierte Positionen verschiedener Fachautoritäten zurückgegriffen werden, andererseits dürfen auch einige erkenntnistheoretische Aspekte nicht vollkommen außer Acht gelassen werden. Wohl wissend, dass die hier getroffene Auswahl immer auch bedeutet, dass aus der Vielzahl anderen relevanten Materials Wichtiges ausgeschlossen ist, so hofft der Autor dennoch, dass trotz der hieraus resultierenden unvermeidbaren Verzerrungen die Grundlinie der Argumentation deutlich hervortreten kann. Zunächst folgt jedoch eine kurze Einführung in die Grundgedanken der *EBM* (1).

1. Grundlagen der evidence based medicine

Mit der *Evidence Based Medicine Working Group*, einem interdisziplinären Team aus Ärzten, Epidemiologen und Biostatistikern fand die *EBM* zu Beginn der 90er-Jahre im Health Sciences Centre in Hamilton, Ontario ihre konzeptionelle Grundlegung sowie ihren Namen.⁴ *EBM* hat den großen Anspruch, sowohl die Klinik als auch die Gesundheitspolitik mit bester »*evidence*« aus klinischer und epidemiologischer Forschung zu versorgen und hierfür überzeugende und einfach handzuhabende Hilfsmittel zur Verfügung stellen zu können. Das letztlich ausschlaggebende inhaltliche Kriterium für die »*evidence*« einer therapeutischen Intervention ist nicht ihre theoretische Plausibilität, auch nicht ihr praktischer Erfolg, sondern die biostatistische Überprüfung gegenüber unspezifischen Wirkungen (in der Regel dem Placeboeffekt). In ihrem umfassenden Anspruch stellt *EBM* zugleich ein pädagogisches, politisches und wissenschaftliches Programm dar, das seine Basis einerseits in der ärztlichen Grundhaltung, andererseits in einer veränderten Wissensorganisation finden soll (Porzsolt 1998a: 3021). Dieses beinhaltet zunächst eine kritische Bewertung klinischer Ergebnisse im Hinblick auf die Zweckmäßigkeit

⁴ Siehe hierzu die Einführung der Evidence-Based Medicine Working Group (1992) sowie Oxman/Sackett/Guyatt (1993).

keit und Effizienz in Bezug auf das Therapieziel. Nicht mehr allein die Wirkung einer Intervention zählt, etwa in der ›Verbesserung‹ einzelner Laborparameter messbar, sondern der klinische Erfolg, ausgedrückt in den Maßzahlen Lebensqualität und Lebenslänge. Diese Zielkriterien sind dann idealerweise durch den ›Goldstandard‹ einer randomisierten multizentrischen Therapiestudie zu bestimmen, denn nur hier wäre der Nachweis zu erbringen, dass die Therapieerfolge nicht durch zufällige Verzerrungen (›biases‹) oder durch irgendwelche Mitursachen (›confounding‹) hervorgebracht worden sind. Da natürlich nicht alle medizinischen Fragen mittels eines optimalen wissenschaftlichen Studiendesigns beantwortet sind und sich Studienergebnisse gar widersprechen können, sollte zumindest die »*best evidence*« ermittelt werden. Im Idealfall geschieht dies mittels einer systematischen Metaanalyse, aus der – entsprechend der bestehenden Datenlage, die natürlich auch Studien minderer Qualität einschließt – die therapeutischen Erfolgsaussichten als Kontrapunkt zur Logik der Erfahrungsheilkunde abgeschätzt werden (Sackett et al. 1997).⁵ In diesem Sinne möchte EBM auch hinsichtlich der Vielzahl von Therapieformen, für die noch keine Ergebnisse aus optimal durchgeföhrten Studien bekannt sind, handlungsleitend sein.

Die Organisation medizinischen Wissens wird dabei zu einem tragenden Pfeiler der EBM, denn ihre Methode steht und fällt damit, eine klinische Frage so formulieren zu können, dass schnell und überzeugend »*the best evidence*« als Antwort gefunden werden kann, um diese dann am konkreten Einzelfall abgleichen zu können. Da nun der Mediziner mit einer immensen Datenflut konfrontiert ist⁶ und selbst die Lektüre der wichtigsten medizinischen Fachzeitschriften ein mehrstündiges tägliches Literaturstudium voraussetzt, stellt diese Aufgabe für den einzelnen Arzt eine zunächst unlösbare Herausforderung dar, zumal zusätzlich von ihm noch die Glaubhaftigkeit und Qualität der jeweils gelesenen Informationen zu beurteilen wären. Der Wissensstand der Medizin scheint heutzutage unüberschaubar.

5 »Gute Ärzte nutzen sowohl klinische Expertise als auch die beste verfügbare externe Evidenz, da keiner der beiden Faktoren allein ausreicht: Ohne klinische Erfahrung riskiert die ärztliche Praxis, durch den bloßen Rückgriff auf die Evidenz ›tyrannisiert‹ zu werden, da selbst exzellente Forschungsergebnisse für den individuellen Patienten nicht anwendbar oder unpassend sein können. Andererseits kann ohne das Einbeziehen aktueller externer Evidenz die ärztliche Praxis zum Nachteil des Patienten leicht veraltetem Wissen folgen« (Sackett et al. 1997, 12ff.).

6 Raspe et al. stellen fest: »Die Gesamtzahl aller bisher durchgeföhrten kontrollierten Therapiestudien, d. h. der einzige experimentell wirklich abgesicherten klinischen Wissensbasis, wird auf zwischen 250 000 und 1 000 000 geschätzt« (Raspe/Stange 1998, 13).

Den Weg aus diesem Dilemma sieht die *EBM* in der systematischen Erstellung von Reviewartikeln, in denen die vorhandene Wissensbasis qualifiziert aufgearbeitet wird. Die Ergebnisse sollen von den jeweiligen Ärzten vor Ort über moderne Kommunikationssysteme in Sekundenschnelle abgerufen werden können. Die elektronische *Library* der *Cochrane Collaboration*, die sich 1993 als internationaler Zusammenschluss von Medizinern gründete, stellt gleichsam die Speerspitze in dem Bemühen dar, die Daten klinischer Studien aufgearbeitet zusammenführen zu können.

Eine weitere wichtige Säule der *EBM* besteht in der berufspolitischen Verankerung des gebündelten Wissens durch die Erstellung »*evidence*«-basierter Leitlinien durch die Arbeitsgemeinschaft wissenschaftlich-medizinischer Fachgesellschaften. An sich haben Leitlinien in Form von Behandlungsstandards eine lange Tradition in der Medizin. Sie dienen der Wissens- und Erfahrungsakkumulation in medizinischen Institutionen, doch erst durch *EBM* entsteht eine Bewegung, die von Region zu Region recht unterschiedlichen Standards anhand ›objektiver‹ Kriterien zu vereinheitlichen. Allein auf der Homepage der AWMF können mittlerweile an die 600 Leitlinien abgerufen werden. Die von Bundesärztekammer und Kassenärztlicher Bundesvereinigung offiziell verabschiedeten »Beurteilungskriterien für Leitlinien in der medizinischen Versorgung« wurden weitgehend an die *EBM*-Methodologie angelehnt (Hoffmann 1999, 4). Darüber hinaus erhält *EBM* mit dem seit Januar 2000 in Kraft getretenen GKV-Gesundheitsreformgesetz im Rahmen des Health Technology Assessment eine herausragende Rolle hinsichtlich der Beurteilung gesundheitspolitischer Steuerungsmaßnahmen. Da *EBM*-basierte Leitlinien auch den Standard in sozial-, haftungs- und berufsrechtlichen Fragen setzen, wie im Folgenden ausführlicher diskutiert, ist ihr Einfluss auf die Professionalisierung der Medizin nicht zu unterschätzen.

2. Medizinische Professionalisierung im Spannungsfeld der Funktionssysteme

Zunächst folgen aus systemtheoretischer Perspektive einige allgemeine professionstheoretische Überlegungen zur Medizin, um dann jeweils die ›Ankoppelungen‹ der Funktionssysteme Recht, Wissenschaft sowie Politik und Ökonomie genauer zu erörtern.

Allgemeine professionstheoretische Überlegungen⁷

Als gesellschaftlich ausdifferenziertes Funktionssystem stellt sich auch das Medizinsystem als ein autonom und nach eigenen ›Gesetzlichkeiten‹ operierendes gesellschaftliches Teilsystem dar, dessen originäre Aufgabe der Krankenbehandlung von keinem anderen System übernommen werden kann.⁸ Als System orientiert sich die Medizin natürlich am Funktionsvollzug und nicht an ihren Grenzen. »Hohe Unsicherheiten in Diagnose und Krankheit« mögen zwar vorhanden sein und »werden zugestanden«, spielen aber in der Praxis der Krankenbehandlung keine Rolle, »denn die Ärzte orientieren sich natürlich nicht an ihrer Unsicherheit, sondern an dem, was sie sehen und wissen« (Luhmann 1990, 183). Als ein modernes Funktionssystem entfaltet sich die Medizin »als ein Gesamtkomplex von Wissen, Forschung, Ausbildung und Behandlung, für den Leistungsabgabe eine Form der Regelung der eigenen System/Umwelt-Beziehungen« darstellt (Stichweh 1987, 263). Professionalisierung heißt in diesem Sinne auch, dass für die Medizin nun gerade nicht mehr der ganze Mensch (was immer das auch heißen mag) im Zentrum des Handelns steht, sondern der spezifische Leistungsvollzug überwiegend organbezogener Therapien und Diagnosen. Im institutionellen Rahmen des Krankenhauses wurde die Distanzierung vom Patienten erst möglich und erlaubte die Inklusion von Forschung in die Medizin. Die Beziehung zwischen Wissenschaft und Medizin ist jedoch keinesfalls trivial, denn die ›Experten‹ der akademischen Disziplinen generieren Wissen »eines relativ esoterischen Typs«, da sie ihre Wissensbasis unter kontrollierten (Labor-)Bedingungen erzeugen. Es hat zwar oft »wissenschaftlichen Status«, ist jedoch nach Stichweh »dennoch in entscheidender Sicht insuffizient«, denn: Der »Tendenz nach gibt es eine Überkomplexität der Situation im Verhältnis zum verfügbaren Wissen, eine Relation, die es ausschließt, das Handeln des Professionellen als problemlose Applikation vorhandenen Wissens mit erwartbarem und daher leicht evaluierbarem Ausgang zu verstehen« (Stichweh 1987, 228). Dabei erscheint aus systemtheoretischer Perspektive nicht nur das Verhältnis von Anwendungswissenschaft und Praxis, sondern auch der wissenschaftliche Fortschritt selber durchaus prekär, da die immens wachsende Differenzierung der Wissensbestände ihrerseits immer mehr Fragen und Unsicherheiten aufwirft. Klinische Professionalität besteht nun im Gegensatz zur wissenschaftlichen Professionalität gerade darin, dass man »nicht auf demonstrative

⁷ Im Hinblick auf neuere Diskussionsprozesse innerhalb der systemtheoretischen Professionalisierungstheorie siehe Kurtz (2000).

⁸ Grundsätzlich siehe hierzu auch Luhmann (1983a; 1990).

Offenlegung, das Mitkommunizieren des noch unsicheren Status des Wissens setzen kann. Eine solche Option, die gerade in der Relativität der Wahrheit die Unbegrenztheit des eigenen Fortschreitens erfährt, ist für die Professionen durch das Faktum oft existentieller Betroffenheit des Klienten ausgeschlossen, welches eher dazu zwingt, Ungewissheit zu verdecken, sie in Formen abzuarbeiten, die das Vertrauen des Klienten nicht erschüttern« (Stichweh 1987, 228). Medizin ist im Sinne ihres funktionsspezifischen Leistungsvollzugs unmittelbar dem Patienten gegenüber zum *Handeln* verpflichtet, kann sich jedoch in Bezug auf die *Begründung* für ihr Handeln nur mittelbar auf die kollektiv geteilte wissenschaftliche Basis berufen. Gewissermaßen konstituiert die Differenz zwischen Wissenschaft und Anwendung geradezu die Rolle des *autonomen* Professionellen. Gerade der Gegensatz zwischen wissenschaftlicher und klinischer ›Professionalität‹ lässt Autonomie- und Gestaltungsräume emergieren, die nicht nur auf der Arzt-, sondern auch auf der Patientenseite – etwa über ein bestimmtes Nachfrageverhalten – Diversifikationen der Medizinkultur ermöglichen. Die Diffusität an der Grenze zwischen Wissenschaft und Praxis gestaltet gleichzeitig die professionelle Autonomie gegenüber dem Zugriff anderer Funktionssysteme. Das Recht scheitert am mangelnden Verständnis medizinischen Wissens. Kostengründe lassen sich nicht gegen Heilungschancen aufrechnen, die Politik ist selber auf die Expertise ausgewiesener Mediziner angewiesen, und die akademische Wissenschaft weiß nichts vom Handlungsdruck der Praxis. Wenn nun EBM den Anspruch glaubhaft machen kann, diese Grenze in Richtung Gewissheit überschreiten zu können, dann könnte dies einen massiven Einfluss auf das Selbstverständnis der medizinischen Professionen mit sich bringen. Im Folgenden werden diese Konsequenzen aus der Perspektive der Funktionssysteme Recht, Wissenschaft sowie Politik und Wirtschaft ausführlicher thematisiert.

Recht

Das Recht stellt in vielerlei Hinsicht einen Schlüssel für den Durchgriff von Politik und Ökonomie auf das Medizinsystem dar. Aus diesem Grunde wird die rechtliche Seite im Folgenden etwas ausführlicher dargestellt.

Die Ausformulierung »evidence«-basierter Leitlinien seitens der medizinischen Fachgesellschaften hat weitreichende medizinrechtliche Implikationen, denn die Probleme in der Anwendung von Berufs-, Haftungs- und Sozialrecht bestehen weniger in einer unzureichenden Rechtslage als in der Möglichkeit, medizinische Sachverhalte anhand inhaltlicher Kriterien angemessen beurteilen zu können. Entsprechend wundert es kaum, dass der Medizinrechtler Hart Leitlinien

als die »praktisch wichtigsten Instrumente der Qualitätssicherung ärztlicher Behandlungen« ansieht, denn diese würden »aus der Sicht aller betroffenen Rechtsgebiete wichtige rechtliche Rezeptionsvoraussetzungen« schaffen, und damit auch die Chance, »die erforderlichen rechtlichen Bewertungen zu harmonisieren« (Hart 2000: 4). Willkommen für die juristische Handhabbarkeit erscheint dabei insbesondere die Ausräumung von Mehr- und Uneindeutigkeiten in der Beurteilungslage durch »das Clearingverfahren der Leitlinienerstellung, das die Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF), die Bundesärztekammer und die Kassenärztliche Bundesvereinigung verabredet haben« (Hart 2000, 4). In diesem Sinne erleichtert *EBM* den Zugriff des Rechts auf die fachlichen Aspekte der Medizin wesentlich, denn für den einzelnen Arzt gewinnt der Standard nun auch eine haftungsrechtliche Bedeutung: »Die Norm wirkt und rechtfertigt durch ihre bloße Existenz« (Hoffmann 1999, 13). Der Schritt vom allgemeinen Standard zum individuellen Fall, also die »Standardanwendung im Einzelfall« bedürfe zwar »einer individuell-sachverständigen Bewertung, weil die Leitlinie begründete Abweichungen« erlaube bzw. gebiete. Deshalb sei »eine Abweichung von einer bestehenden Leitlinie nie automatisch ein Behandlungsfehler. In ihrer Qualitätssicherungsfunktion« bewirke jedoch die »Befolgung der Leitlinie eine ‚Haftungssimmunisierung‘. Wer die Leitlinie befolgt, dem [können] prinzipiell kein Behandlungsfehler vorgeworfen werden, ausgenommen die Leitlinie sei ‚veraltert‘, entspräche also nicht mehr dem Stand der medizinischen Wissenschaft« (Hart 1998, 12f.). Ökonomische Belange sind dabei haftungsrechtlich nachrangig zu behandeln. Im Konfliktfall sei der Leistungserbringer deshalb verpflichtet, den Patienten über Konsequenzen einer Rationierungsmaßnahme aufzuklären, sodass diesem wegen seines »verfassungsrechtlich geschützten Selbstbestimmungsrechts und des Rechts auf Gesundheit die Möglichkeit eröffnet« würde, die notwendigen »Leistungen selbst zu finanzieren« (Hart 1999, 49). Im gleichen Sinne sei auch die Krankenhausorganisation verpflichtet, den Patienten darüber aufzuklären, falls ein Standard, aus welchen Gründen auch immer, nicht zu halten sei. Mittels Leitlinien lassen sich medizinische Fälle in juristische Probleme übersetzen und *rechtlich* behandeln. Bestehen beispielsweise zwei konkurrierende Leitlinien, über die kein Konsensus erzielt werden kann, so sei dieser Konflikt *juristisch* im Sinne der höchstmöglichen Patientenautonomie zu lösen: Wenn »medizinisch ein Nebeneinander beider Leitlinien nicht ausgeräumt werden kann«, habe der Mediziner »die arzthaftungsrechtliche Verpflichtung zur ärztlichen Aufklärung über Behandlungsalternativen. Immer dann, wenn die Medizin sich nicht auf eine Empfehlung verständigen kann, wird sich der Jurist dieser

Situation beugen und auf die Steigerung der Aufklärungsanforderungen ausweichen. Medizinisch bleibt eine ›Standardlücke‹, rechtlich wird sie für den Patienten autonomiesichernd geschlossen« (Hart 1998, 13f.).

Mit dem Gesetzlichen-Krankenversicherungs-Gesundheitsreformgesetz 2000 wurde *EBM* zum zentralen Maßstab für die qualitäts-, sicherheits- und wirtschaftlichkeitsbezogene Bewertung von Leistungen des Versorgungssystems. Dieses Gesetz bereitet die Basis für ein Health-Technology-Assessment (HTA) (Hart 2001, 1). Das HTA kombiniert *EBM* mit einer ökonomischen Kosten-Nutzen-Abwägung und ermöglicht über das Sozialrecht die umfassende ökonomische Steuerung des Gesundheitssystems, indem etwa therapeutische und diagnostische Maßnahmen, denen *EBM* nur fragliche Wirksamkeit zuweist, aus der solidargemeinschaftlichen Finanzierung ausgeschlossen werden. Die Kombination von Recht und Politik lässt vereinzelt Kritik laut werden, dass hier die Ärzteschaft letztlich selbst das Feigenblatt »für Rationierungsmaßnahmen liefert, für die weder Kostenträger noch Politik die Verantwortung übernehmen wollen« (Hoffmann 1999, 8). Der Medizinrechtler Ulsenheimer vermutet im gleichen Sinne, dass es »vor dem Hintergrund der Ressourcenknappheit« überwiegend »um ›Strategien‹ im Umgang mit der Knappheit« gehe. Im Vordergrund stünden eigentlich ökonomische Zielsetzungen, wofür jedoch »das überlieferte Ethos der Ärzte keine Kriterien« bereithalten würde. Die »Leitlinien-Inflation« habe ihren Ausgangspunkt »ganz eindeutig« bei den Gesundheitspolitikern und sei nicht eine Forderung der Mediziner gewesen. Wenngleich auch Ulsenheimer Leitlinien als nützliche Orientierungshilfe für den Juristen ansieht, überwiegen seines Erachtens die negativen Aspekte (Ulsenheimer 1998, 1). »Eigenverantwortung«, »die ärztliche Intuition«, »der Wagemut, neue Wege zu gehen« würden »gebremst« und demgegenüber »ein Handeln nach ›Vorschrift‹ oder ›Schema‹ gefördert. Das Tor zur Defensivmedizin« sei »aufgestoßen!« (Ulsenheimer 1998, 5). Dies führe dazu, dass der »Freiraum ärztlichen Ermessens« zunehmend eingeengt würde und das »ohnehin beträchtliche forensische Risiko des Arztes weiter« gesteigert würde. »Denn je höher die medizinische Wissenschaft die Meßlatte« lege, »um so größer ist die Gefahr, dass der einzelne Arzt ›nicht hoch genug springt‹« (Ulsenheimer 1998, 5). Im gleichen Sinne befürchtet Hoffmann, dass »Leitlinien mit dem bisher bekannt gewordenen Verbindlichkeitsgrad« die Medizin »zementieren« und »die Freiheit ärztlichen Handelns« sowie »die ärztliche Kunst« beseitigen und hierdurch letztlich zu einer »Entakademisierung der Medizin« führen würden (Hoffmann 1999, 14).

Demgegenüber zieht Hart eher eine positive Bilanz der *EBM*. Sie zwinge die Ärzte »zur Kommunikation über Normziele und ihre Legitimation in Medizin und Recht« (Hart 2000, 4), sodass einem »falschen Verständnis« der ärztlichen Therapiefreiheit entgegengewirkt würde. Auch die Arzt-Patient-Beziehung könne gewinnen, denn anstelle der vermuteten »Regulierungshypertrophie« ermögliche »EBM eine qualitativ hochwertige Patienteninformation (therapeutische und Selbstbestimmungsaufklärung) über die Erkrankung, ihre Behandlung und mögliche Alternativen« und erlaube so »dem Patienten, entsprechend seiner eigenen Bewertungskriterien seine Entscheidung zu treffen« (Hart 2000, 5). Zwei nicht so leicht ausräumbare juristische Problemfelder würden sich hinsichtlich Normsetzung und Normanwendung ergeben. Bezuglich der Normsetzung verenge die »Vorzugsregel für wissenschaftliche Evidenz [...] tendenziell den medizinischen Standardbegriff« hinsichtlich der Normanwendung. Da wissenschaftliche Evidenz auf Aussagen unter Studienbedingungen beruhe, bedürfe die Behandlung individueller Patienten neben »einer abstrakten (»probabilistischen«)« einer »konkret-situativen Nutzen/Risiko-Abwägung«. Ärztliche Leitlinien seien eher dem ersteren, das Haftungsrecht »eindeutig dem letzteren« verpflichtet (Hart 2000, 5). Dieses Problem berge eine erhebliche Sprengkraft, denn wenn »EBM probabilistische Evidenz als Grundlage ärztlicher Behandlungsziele begünstigt, stellt sich medizinisch und rechtlich die Frage nach der Berücksichtigung individueller Behandlungs- und Sicherheitserwartungen von Patienten. Kann eine statistisch gut belegte Erwartung, wonach nur in 2 % der Fälle Kopfschmerzen Anzeichen für eine gravierende Gehirnerkrankung sind, das Hinausschieben oder die Abstinenz von individueller Diagnostik legitimieren oder – allgemein gesprochen – ist »in dubio abstine« als Evidenz-basiertes Prinzip gleichzeitig ein individuelles Behandlungsprinzip? Rechtlich – haftungs- und sozial-rechtlich – wird eine individuelle Behandlung des Patienten geschuldet, und deshalb sind individuelle Abwägungsentscheidungen erforderlich. [...] Es steht insofern ein Prinzipienkonflikt der Normanwendungskriterien zur Debatte, der von erheblichen Implikationen ist und eine gründlichere Erörterung erfordert« (Hart 2000, 5). Die hier entfaltete Rechtsproblematik pointiert das in der *EBM* angelegte Spannungsverhältnis von Allgemeinem und Speziелlem in der Form Individuum und Gesellschaft. Das Rechtssystem entfaltet hier seine ureigene Bezugsproblematik, die ihrerseits jedoch weder im Einklang mit den medizinischen Funktionsbezügen noch mit politischen oder wirtschaftlichen Interessen zu stehen braucht.

Abschließend: *Evidence based medicine* lässt die Medizin für das Recht handhabbar werden. Der Standard setzt die Norm, und das Abweichen von der Norm verlangt nach einer Begründung. Haftungs-

rechtlich wird das ärztliche Handeln greifbarer. Die Rechtsprechung kann ihre eigene Operationsweise, eben Recht zu sprechen, programmatisch an die Leitlinien ankoppeln. Gleichzeitig projiziert nun das Recht seine Paradoxien in das medizinische System. Die Spannungen zwischen ökonomisch Leistungsbarem und medizinisch Machbarem, Einzelfallinteressen und statistischem Mittelwert, Vertrauensbildung und Aufklärungspflicht werden in den sich widersprechenden Logiken von Sozial- und Haftungsrecht nochmals pointiert.

Wissenschaft

Evidence based medicine vertritt den Anspruch: weg vom Modell und hin zur Klinik (s. a. Raspe 1996, 556f.). Die wissenschaftliche Operationalisierung dieses Anspruchs ist nicht unproblematisch, da gerade der Goldstandard der randomisierten klinischen Studie auf ausgewählten, wohl diagnostizierten und klar indizierten Behandlungsfällen beruht. Schon aus Gründen eines eleganten Studiendesigns werden etwa die in der Praxis häufig anzutreffenden problematischen multimorbid Patienten in der Regel ausgeklammert. Entsprechend kann hier gerade nicht davon ausgegangen werden, dass der idealtypische Studienpatient die Herausforderungen des klinischen Alltags eins zu eins abbildet. Dennoch sieht *EBM* zu Studien dieser Art keine Alternative, denn die »randomisierten klinischen Studien« würden eine »regulative Idee« verwirklichen, »die auch für andere Studientypen eine immense Bedeutung« habe (Raspe 1996, 555). In der Zwickmühle, entweder die ganze Bandbreite an klinischer Varianz betrachten zu müssen und – entsprechend als Preis für die Komplexität – keine allgemeingültigen Aussagen mehr treffen zu können, oder aber – mittels »vereinfachender Eleganz« idealtypischer Studien – klinisch relevante Bereiche ausblenden zu müssen, entscheidet sich *EBM* für den letzteren Weg. Diese Lösung birgt unbestreitbar einiges an suggestiver Evidenz, denn wenn die abhängigen und unabhängigen Variablen erst einmal definiert sind und die Daten präsentiert werden, treten die oftmals schwierigeren Probleme der Auswahl und Definition der Variablen angesichts der Faktizität der durch die Studie präsentierten Ergebnisse in den Hintergrund. Aus statistischen Gründen gibt es keine Intervention, die nicht einer Evaluation unterzogen werden könnte, natürlich nur unter der Voraussetzung der Definition entsprechender Stichproben und Kontrollgruppen. Raspe stellt in diesem Sinne fest: »Es ist tröstlich zu sehen, daß diesem strengen Design auch sehr komplexe und auch ›heterodoxe‹ Interventionen unterworfen werden können wie z. B. Mammographie- oder Rehabilitationsprogramme oder Psychotherapien auf der einen und anthroposophische oder homöopathische

Verfahren auf der anderen Seite« (Raspe 1996, 555). Jegliche Intervention – auf welcher (Mikro-, Meso-, Makro-)Ebene sie auch immer angelegt wird – kann durch Evaluation die Weihen der klinischen Begründung verliehen bekommen, natürlich um den Preis der Tilgung von natürlicher Varianz und Komplexität, die in den weitgehend eindimensionalen Studiendesigns ausgeblendet werden müssen. Auf diese Weise lassen sich selbst komplexe Handlungssysteme wie etwa die Vor- und Nachteile eines Primärarztmodells ihres kulturellen und soziodynamischen Ballasts entledigen, auf wenige Begriffe reduzieren und so einer ›begründbaren‹ Interventionsentscheidung zuführen.

Der methodologische ›Taschenspielertrick‹ besteht darin, die prekären Schnittstellen zwischen Theorie und Praxis, Interventionsmodell und den komplexen Bedingungen der realen Handlungsvollzüge *nur* als ein vernachlässigbares Randproblem zu betrachten, sodass die Beziehung zwischen theoretischer Reflexion und sinnvoller Praxis unproblematisch zugunsten der Empirie auflösbar erscheint. Ganz in diesem Sinne charakterisiert Raspe *EBM* mit den Worten von Evans als eine »reformierte und neu gestaltete Manifestation der Religion [...] des englischen Empirizismus« (zit. nach Raspe 1996, 555). Unter der Polemik: »Es ist alles sehr nett in der Praxis, aber wird es theoretisch funktionieren?« stellt aus der »induktivistischen« Perspektive des *EBM* selbst »die biologische Plausibilität therapeutischer Beobachtungen« nur »ein schwaches Argument« dar (Raspe 1996, 557). Die von Popper herausgearbeitete erkenntnistheoretische Problematik der Induktion wird seitens der *EBM* einfach durch den Hinweis auf die Praxis ausgehebelt: Denn ein Erkenntnismodell, das sich an Nichtwissen und Falsifikation orientiere, würde kaum das benötigte Anwendungswissen liefern können. Zwischen der lärmenden Skylla des Skeptizismus und der Charybdis des naiven Positivismus suggeriert die *evidence based medicine* einen praktikablen Mittelweg, der Praxis und Wissenschaft auf elegante Weise vereint.

In ihrem Rekurs auf die Biostatistik folgt *EBM* zwar dem Popperschen Falsifikationspostulat, denn nach der strengen statistischen Logik können Hypothesen nicht bewiesen, sondern nur statistisch widerlegt werden. Für die evidenzbasierte Intervention oder Leitlinie ist jedoch nur positives Wissen anschlussfähig. Das Transferproblem von Theorie zur Praxis bleibt virulent und kann nur induktiv geschlossen werden, denn im Sinne eines biostatistischen ›Induktivismus‹ bleibt als handlungspraktischer Schluss nur der Weg offen, die ins Positive gewendeten Ergebnisse der Studie – gleichsam als ›unbewiesener‹ Beweis – auf andere Kontexte und Fragen zu übertragen, denn allein schon aus Kosten- und Zeitgründen kann das Ideal der multizentrischen kontrollierten Studie nicht beliebig ausdifferenziert und rekontextualisiert werden, um zu gehaltvollerden Hypothesen zu

gelangen. Dies würde jedoch streng genommen im Popperschen Sinne bedeuten, dass alle weitergehenden Aussagen nichts weiter darstellen als die induktive Bestätigung der eigenen Vorurteile. Unabhängig davon, dass eine solche Logik handlungspraktisch durchaus sinnvoll sein kann, sind hier die Probleme im Verhältnis von Wissenschaft und Praxis keinesfalls grundsätzlich überwunden, wie seitens der EBM-Vertreter in der Regel suggeriert wird.

Das hier erscheinende Paradox der Statistik – Gültigkeit bei großen Zahlen, Ungewissheit im Einzelfall – ist jedoch nicht das einzige erkenntnistheoretische Problem der EBM. Ein weiteres Konfliktfeld zeigt sich in der Datenbasis der so genannten Metastudien selber, denn die Ausgangsstudien zeigen nicht selten eine erhebliche Heterogenität auf, die über Zufallsschwankungen weit hinausgeht. Unterschiedliche Studiendesigns mit verschiedenen Ausschlusskriterien und differierenden Randbedingungen zeigen unterschiedliche Ergebnisse, wie beispielsweise die Diskussion um das in letzter Zeit umstrittene Herzglycosid Digitalis aufzeigt.⁹ Ob hier mit dem Instrument der Metaanalyse abgeholfen werden kann, ist fraglich: Der Internist Bock stellt dieses Vorgehen mit dem Verweis auf den ›Erhaltungssatz‹ »garbage in – garbage out« (Bock 1993, 74) grundsätzlich in Frage: »Man rekurreert hierzu u. a. heute auf Metaanalysen in dem Glauben, mit größeren Zahlen käme man der ›Wahrheit‹ näher. Bei den ›Score-Based‹ Metaanalysen werden die Einzelpublikationen in Bezug auf ihre methodische Qualität mit einem Punktesystem klassifiziert. [...] Jedenfalls kommt man dem ›wahren‹ Ergebnis wohl kaum nahe, indem man die mehr oder weniger richtigen oder falschen Ergebnisse verschiedener Untersucher als Messreihe betrachtet und sie statistisch bearbeitet. Denn die unterschiedlichen Ergebnisse der einzelnen Studien beruhen nicht wie bei einer Messreihe mit gleicher Methodik an gleichem Material auf der zufälligen Streuung um einen Mittelwert, sondern auf der durch methodische Differenzen bedingten Heterogenität der Studien. [...] Die durchschnittliche Odds Ratio ist eine Fiktion der Wahrheit. [...] Der Vergleich der Ergebnisse von Metaanalysen vieler kleinerer Studien mit den Ergebnissen von

⁹ Bock fasst die Diskussion resümierend zusammen: »Und wenn jetzt an 6.800 Patienten gezeigt worden sein soll, dass Digitalis keinen Überlebensvorteil bringe, so ist diese Aussage in dieser allgemeinen Form unzutreffend: Bei den genannten schweren, vermutlich auch bei nicht ganz so schweren Fällen hat Digitalis zweifellos gegenüber der Nichtbehandlung das Leben verlängert. Dass dies bei leichteren Fällen, die heute vielfach überhaupt nur mit apparativen Methoden erfasst werden, anders sein könnte, steht auf einem anderen Blatt, auch dass Digitalis u. a. wegen seiner geringen therapeutischen Breite durch andere wirksame Substanzen teilweise ersetzt werden könnte« (Bock 2001, 302f.).

einzelnen randomisierten Großstudien mit Tausenden von Patienten ergab teils Übereinstimmung, teils Diskrepanzen. Was ist dann das ›richtige‹ Ergebnis? Auch das Resultat der Großstudie könnte falsch sein, z. B. wegen methodischer Mängel oder wegen der notwendigen Beteiligung zahlreicher verschiedener Prüfer« (Bock 2001, 303).

Ein weiteres Problem, Studienergebnisse biostatistisch vergleichen zu können, ist der so genannte ›publication bias‹: »Wenn es so ist – und die Insider wissen, dass es so ist –, dass Studien mit negativen oder anderweitig unerwünschten Ergebnissen oft nicht publiziert werden, weil industrielle Sponsoren dies verhindern oder die Redaktionen sie nicht akzeptieren, so ist dies ein zu verurteilender Missstand. Er geht die Forscher an, die sich auf solchen Handel einlassen, oder die Redaktionen und Reviewer der Zeitschriften. Man wird auch in Zukunft nicht darum herumkommen, jede einzelne Studie für sich zu bewerten und nur die beste(n) für eine Urteilsbildung heranzuziehen [...]. Der dabei ins Spiel kommende subjektive Faktor wird auch durch die scheinbare Exaktheit und Objektivität der Rechenoperationen mit Metaanalysen nicht eliminiert werden. Diese Kritik darf keinesfalls als Plädoyer gegen die große Bedeutung randomisierter kontrollierter Studien für die Qualität eines wichtigen Teils unserer therapeutischen Entscheidungen missverstanden werden« (Bock 2001, 303).

Die grundsätzliche Bedeutung dieser Studien für den medizinischen Fortschritt möchte Bock jedoch relativiert wissen, denn die meisten der oftmals lebensrettenden Therapien zeigten ihre Relevanz und Wirksamkeit eher innerhalb einer sauberen klinischen Kasuistik und die sinnvollen Interventionen erschlossen sich aus rationalen Überlegungen. Eine kontrollierte randomisierte Studie mit einer unbehandelten Kontrollgruppe wäre in diesen Fällen auch »ethisch nicht zu rechtfertigen«. Die eigentliche Leistung und Aufgabe der Biometrie läge demgegenüber vielmehr bei den fragwürdigen Interventionswirkungen, welche »vom einzelnen Arzt« nicht mehr »von Placeboeffekten abgegrenzt werden« könnten, etwa bei den Befindlichkeitsstörungen, »bei der Festlegung von Schwere oder Dauer eines Heuschnupfens oder einer Bronchitis« und bei »Pharmaka mit schwacher Wirkung« (Bock 2001, 301).

Der bisherigen Argumentation folgend würde EBM weitaus mehr als allgemein erwartet anfällig für subjektive Einflüsse. Zum einen sind die Vergleichskriterien einer Metaanalyse ebenso wie die Entscheidung für ein Studiendesign von den Präferenzen der Untersucher abhängig. Zum anderen bergen gerade die ›weichen‹ medizinischen Interventionen unter dem Zielkriterium ›Patientennutzen‹ vielfältigen Raum für Interpretationen.¹⁰

¹⁰ Hinzu kommen die grundsätzlichen Probleme nutzentheoretischer Über-

Die auf den ersten Blick recht plausibel erscheinende Logik der EBM zeigt sich beim Blick hinter die Kulissen äußerst anfällig für die Probleme und Paradoxien einer hyperkomplexen Wissenschaft. Der vermeintliche Rationalitätsgewinn der Medizin kann leicht in Verunsicherung umschlagen: Dass die Ergebnisse einer Metaanalyse ins Gegenteil umschlagen können, falls die Randbedingungen in unkonventioneller Weise variiert werden, zeigt die in ›Prevention and Treatment‹ geführte Debatte um das Fluxin ›Prozac‹. Ein breit angewendetes Psychopharmakon der neuen Generation wird hier ›metaanalytisch‹ dekonstruiert. Kirsch und Sapirstein (1998) weisen nach, dass sich der positive Effekt des Antidepressivums gegenüber einem Placebo weitgehend herunterrechnen lässt, wenn neben dem passiven auch der *aktive* Placebo-Effekt, Nicht-Behandlungs- und Wartelisteneffekte, *pre-post effect sizes* sowie andere nicht-spezifische Effekte einbezogen werden.

Ein zweites Beispiel stellen die Verdünnungen der homöopathischen Hochpotenzen dar. Entsprechend dem biophysikalischen Modell ist hier im buchstäblichen Sinne des Wortes *keine Substanz* mehr vorhanden, die wirken könnte. Dem Postulat der EBM folgend, dass nicht der kausale, sondern der epidemiologische Wirksamkeitsnachweis entscheidend sei, lassen sich homöopathische Interventionen jedoch in kontrollierten Studien überprüfen. Die Ergebnisse diesbezüglicher Metastudien, veröffentlicht in einer Reihe angesehener Journale,¹¹ wie auch eine Analyse der *Cochrane Review* zur Influenza-Therapie¹² lassen jedoch ungeachtet der theoretischen Plausibilität des homöopathischen Wirkmodells einen ›wirklichen‹ Effekt gegenüber dem Placebo vermuten.¹³ Unweigerlich stellt sich die Frage nach der in-

legungen. Versuche, über *healthy-years equivalents* und *quality-adjusted life years* (Mehrez/Gafni 1993) ökonomisch handhabbare Kosten-Nutzen-Kalküle zu etablieren, lösen nicht das generelle Problem der Willkür der Zielkriterien, die diesen Berechnungen zugrunde liegen. Entsprechend entfalten diese Überlegungen nur weitere Paradoxien. Siehe hierzu auch Feuerstein (1998).

- ¹¹ Linde et al. (1997, 884) kommen in Lancet nach einer Review von 107 kontrollierten Studien zu folgendem Schluss: »The results of our meta-analysis are not compatible with the hypothesis that the clinical effects of homoeopathy are completely due to placebo«. Taylor et al. (2000) kommen im British Medical Journal zum selben Ergebnis.
- ¹² Auch hier schließen die Reviewer mit einem tendenziell positiven Ergebnis zugunsten der homöopathischen Intervention: »Oscilloccoccinum probably reduces the duration of illness in patients presenting with influenza symptoms [...]«(Vickers 2001).
- ¹³ Schuck et al. (2001) müssen diesbezüglich im Deutschen Ärzteblatt anerkennen: »Eigentlich befinden sich die Homöopathen in einer für vie-

haltlichen Interpretation der Ergebnisse. Da zu vermuten ist, dass anerkannte wissenschaftliche Journale bei unorthodoxen Therapien hinsichtlich ‚unerwarteter Ergebnisse‘ noch strengere Kriterien an die Studienqualität stellen als bei schulmedizinisch plausiblen Verfahren, wird eine Kritik am Ergebnis dieser Studien in der Regel nur das Verfahren der Metaanalyse selbst treffen können, es sei denn, das homöopathische Medikament wäre gegenüber dem Placebo ‚wirklich‘ überlegen. Nun würde sich jedoch unweigerlich die Frage nach dem Wirkmodell stellen. Würden aber die Gesetze der Homöopathie in der von Hahnemann formulierten Form gelten, dann hätte das, wie Skrabanek und McCormick schildern, »für die Wissenschaft verheerende Folgen«. Für die »Physik wären die Konsequenzen tiefgreifender« als »z. B. die Entdeckung, daß die Erde in der Tat flach ist. Man hätte Wissenschaft, so wie wir sie kennen, über Bord werfen müssen« (Skrabanek/McCormick 1992, 130). Der Verzicht auf die begründende Kausalität erscheint insbesondere für den naturwissenschaftlichen Zweig der Medizin gravierend. Die Ergebnisse stehen nun gleichsam als sibyllinisches Buch erklärmungslos im Raum. Da durch das Doppel-Blind-Design tendenziell die unspezifischen Effekte eines »ganzheitlichen Behandlungssettings« (etwa intensivierte Arzt-Patient-Beziehungen oder spezifische Reaktionserwartungen) statistisch ausgemittelt werden, verschwindet auch der Platz für alternative Erklärungsmodelle.¹⁴

Abschließend: Auch mittels ausgefeilter Biostatistik lässt sich nicht vermeiden, ein Wespennest erkenntnis- und wissenschaftstheoretischer Probleme anzustechen. Die Verhältnisbestimmung von Induktion zur Deduktion (Falsifikationspostulat), von Allgemeinem zum Speziellen (Paradox der Statistik), von Untersuchungsvariablen zum Ergebnis, von Empirie und Rationalität (Frage der Ergebnisdeutung) bleibt unter den Postulaten des logischen Empirismus weitestgehend ausgespart. Gleichsam durch die Hintertür könnte EBM gerade durch ihren Anspruch, eine höhere Rationalität in die Medizin einzuführen, dazu beitragen, dass die Probleme des Konstruktivismus

le beneidenswerten Position: [...] Ihr Ansinnen könnte sich zumindest formal auf eine empirische Wirksamkeitsevidenz berufen, von der viele andere in der Schulmedizin angewandte ‚einfache‘ oder ihr oft viel näher stehende komplexe Therapieformen, wie zum Beispiel die Kur oder die Rehabilitation, nur träumen können, die aber (noch) im Erstattungssystem sind«.

¹⁴ Zurzeit werden in einer Anzahl von Modellversuchen evaluatorische Daten zu heterodoxen medizinischen Verfahren erhoben (vgl. Gibis et al. 2001).

mus in die diesbezüglich bisher resistent geglaubten medizinischen Wissenschaften mehr und mehr eindringen.

Politik und Wirtschaft im Verhältnis zur medizinischen Praxis

Evidence based medicine pointiert das Spannungsfeld von Allgemeinem und Besonderem. Im unmittelbaren Kontakt mit einem konkreten Patienten stehend befindet sich der behandelnde Arzt am äußeren Ende dieser Polarität. Ärztliches Handeln ist immer der individuellen Kasuistik des Einzelfalls verpflichtet. Der einzelne Arzt muss hier mit den ihm aktuell zur Verfügung stehenden institutionellen, ökonomischen und handlungspraktischen Möglichkeiten individuelle Lösungen (er-)finden. Gerade unter Einbeziehung soziokultureller Faktoren, individueller Patientenbedürfnisse und begrenzter lokaler Ressourcen stellt das Problem der *>practice variation<* weiterhin eine Herausforderung für die Ärzte dar, denn selbst wenn Leitlinien von ärztlicher Seite akzeptiert und angenommen werden, bedeutet dies nicht unbedingt, dass sie in der Praxis umgesetzt werden können, wie etwa der Versuch, mittels einer sorgfältig entwickelten Leitlinie die in Kanada gegenüber England doppelt so große Rate an Kaiserschnittgeburten deutlich zu senken, gezeigt hat. Die Implementation der Leitlinie führte zwar bei den Ärzten zu einem hohen Bekanntheitsgrad und einer weitgehenden Übereinstimmung in Bezug auf ihren Inhalt sowie auch zur subjektiven Empfindung, der Leitlinie in der geburtsärztlichen Praxis Folge zu leisten. Die Evaluation zeigte jedoch in der Praxis keine Verminderung der Sektio-Rate (Gerlach et al. 1998, 1021).

Nichtmedizinische Entscheidungsgründe (Angst vor juristischen Konsequenzen, Wunsch nach einer schmerzfreien Geburt, fehlende ökonomische Anreize, kulturelle Präferenzen) scheinen hier eine wichtige Rolle zu spielen. Ebenso könnte sich aber auch eine prinzipielle Kluft zwischen der theoretischen Reflexion und der habitualisierten alltagspraktischen Dimension ärztlichen Handelns, dem »praktischen Sinn« (Bourdieu 1997, 106f.) zeigen. Für die Praxis würden dann andere Gesetze gelten. In diese Richtung deuten auch die Ergebnisse von Siering et al. (2001), die in einer qualitativ empirischen Studie die Auswirkungen der Richtlinien zur interventionellen Koronartherapie auf den Behandlungsalltag untersucht haben. Der Bekanntheitsgrad der Leitlinie unter den Kardiologen ist zwar hoch, die inhaltlichen Kenntnisse sind jedoch gering und ihre Auswirkung auf die klinische Praxis ist begrenzt. Demgegenüber besitzt die Einzelfallorientierung einen hohen Stellenwert, es wird auf den Wert der

persönlichen beruflichen Erfahrung verwiesen, und die Freiheitsgrade, die die Richtlinie offenlässt, werden geschätzt. Nur wenige qualitativ-empirische Arbeiten haben die wissenssoziologische Dimension ärztlichen Handelns bisher genauer in den Blick genommen.¹⁵ Wie auch immer, das Verhältnis von Leitlinientheorie und Praxis erscheint unvermittelt und verlangt aus der Sicht des Gesundheitsmanagements nach ›pädagogischen‹ Interventionen, etwa in Form verschiedener Qualitätssicherungsprogramme¹⁶ oder externer Beratungsangebote.¹⁷ Aus einer wissenssoziologischen Perspektive würden jedoch auch diesbezügliche Bemühungen nur bedingt auf die unmittelbare Praxis wirken können, da Medizin zunächst als eine durch kollektive Praxis vermittelte habitualisierte Handlungspraxis angesehen werden muss, die sich zwar in theoretischem Wissen fundieren lässt, deren Kunst aber wesentlich auch auf atheoretisch vermittelten Wissensbeständen beruht (*tacit knowledge*), die sich unter den komplexen Bedingungen der Alltagspraxis bewährt haben.

Als angewandte Wissenschaft kann Medizin nicht an Unsicherheit oder Unwissen anschließen, sondern muss mit der ›Fiktion des Wissens‹ arbeiten. Da die medizinischen, ethischen und ökonomischen

¹⁵ Bergs Arbeiten weisen etwa in diesem Zusammenhang darauf hin, dass die Praxis der Diagnose einen hoch konstruktiven Prozess darstellt, der nicht einfach als ein passiv-rezeptiver Vorgang der Datenermittlung verstanden werden kann. Vielmehr wird gerade auch im Schreiben des Patientenprotokolls die (Zweck-)Rationalität des Handelns erst post hoc konstruiert (Berg 1992; 1996, 518f.). Atkinson zeigt auf, dass medizinisches Wissen aus einer Vielzahl von Dimensionen besteht, wobei in der Alltagspraxis ›medizinische Narrative‹ und die ›apodiktische Vermittlung‹ von Maximen durch Erzählungen von anerkannten und vertrauenswürdigen Autoritäten innerhalb der medizinischen Hierarchie eine bedeutsame Rolle spielen (Atkinson 1995, 147f.).

¹⁶ Gerlach et al. (1998, 1021) sehen im Deutschen Ärzteblatt ein Missverständnis darin, dass die »Existenz zentraler Leitlinien bereits mit einem Qualitätsmanagement innerhalb einer Versorgungseinrichtung zu verwechseln« sei. Stattdessen müsse diese auf »Prinzipien wie interner partizipativer Organisationsentwicklung, Schwachstellenanalyse sowie konsequenter Patientenorientierung« und dem Streben nach so genannten »Null-Fehler-Zielen« beruhen. Siehe in einem ähnlichen Sinne Lauterbach (1998, 104f.).

¹⁷ Aus organisationssozialistischer Sicht ist dieses Phänomen bisher kaum angemessen empirisch untersucht. Die bisherigen Untersuchungen von Beratungsprozessen im Krankenhaus leiden bis auf wenige Ausnahmen unter der Schwäche, dass sie in der Regel von dem gleichen Personenkreis evaluiert werden, der die Beratung durchführt (s. als Ausnahme: Iding 2000).

Entscheidungsprämissen ihrerseits »in vielen Bereichen unsicher sind und Spielräume zur Interpretation und Handhabung bieten« (Schüppel 1996, 423), müssen die Rationalisierungslücken durch ein soziales System zurechenbarer Erwartungen und Erwartungserwartungen geschlossen werden. In dieser Hinsicht stellt EBM an die konkrete ärztliche Entscheidungspraxis zunächst nur eine weitere Erwartung neben anderen dar, die erfüllt oder auch abgelehnt werden kann.

Gravierender scheint sich jedoch der Einfluss der EBM auf die Machtkonstellationen innerhalb des Gesundheitssystems und seiner Organisationen auszuwirken. Zum einen können nun prekäre gesundheitspolitische Entscheidungen an vermeintlich unpolitische, jedoch außerordentlich machtvolle Gremien delegiert werden. So kann etwa der Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen (damals BÄK, heute in G-BA umbenannt) im »stillen Kämmerlein« und fernab der öffentlichen (partei-)politischen Diskurse weitreichende Entscheidungen zur Rationierung von Gesundheitsleistungen treffen. Der durch »ökonomische Interessen überdeterminierte Aushandlungsprozess des BÄK« wird hier gerade dadurch verschleiert, dass er »auf das Trivialpostulat [...] einer wissenschaftlich fundierten Medizin« reduziert wird« (Urban 2001, 66).

Zum anderen verschieben sich die innermedizinischen Kräfteverhältnisse zu Ungunsten der Ärzte und zum Vorteil neuer administrativer und technischer Eliten, die nun zusätzliche Anforderungen an die medizinische Arbeit herantragen, etwa in Form von Dokumentationsprotokollen und Qualitätsmanagementprogrammen (Hafferty/Light 1995, 135). Mit der Entwicklung der Gesundheitswissenschaften (»Public Health«) in den 80er-Jahren konkurrieren nun zwei akademische Professionen um die Position der Experten, welche über Belange der Gesundheitsversorgung entscheiden dürfen. Dies führt zwangsläufig zu Konflikten, da die einen auf individuelle Diagnose und Behandlungsprozeduren, die anderen auf die gesellschaftlichen, insbesondere auch ökonomischen Dimensionen der Gesundheitsversorgung fokussieren (Hafferty/Light 1995, 138).

Auch wenn sich die neuen Funktionseliten oftmals selbst aus der Ärzteschaft rekrutieren, heben sich diese in der Regel relativ schnell von dem gemeinen Klinikarzt ab, deprofessionalisieren gewissermaßen und verfolgen ihre neuen Gruppeninteressen, wie die Untersuchungen von Montgomery (1990) aufzeigen. Ganz im Sinne von Bourdieus Feldtheorie agieren sie als Positionsnehmer und nicht entsprechend ihrer früheren ärztlichen Identität. Da aus dieser Position die Politik näherliegt als die Medizin, wird vieles, was unter dem Namen Qualitätssicherung läuft, äußerst anfällig für ökonomische und politische Interessen (Hafferty/Light 1995, 143). Beziehungen zwischen Leitlinien-Autoren und der pharmazeutischen Industrie

sind üblich und mittlerweile nachgewiesen (Choudhry et al. 2002). Ganz in diesem Sinne kritisieren auch Haycox und Walley (1999) im British Medical Journal den naiven Glauben, dass etwa formelle Komitees zur Richtlinienbestimmung die massiven äußereren Interessengruppen heraushalten könnten. Unter politischem Handlungsdruck und der Erwartung schneller Ergebnisse bleibt, wie auch Macintyre et al. (2001) aufzeigen, das Label »evidence based medicine« noch bestehen, handlungspraktisch gründet sich die Konsensusfindung eher auf dem Meinungsaustausch der Gutachter als auf der kritischen Bewertung aktueller wissenschaftlicher Literatur. Auch Raspe muss feststellen, dass die »Praxis von EBM [...] nicht zu widerspruchsfreien Lösungen« führt. »Jeder, der bei Konsensuskonferenzen aktiv mitgearbeitet hat, weiß, wie ausgedehnt diese Grauzone ist« (Raspe/Stange 1998, 18). Im gleichen Sinne kommt Porzsolt anhand eines »Delphi Experiments« zur Expertise in verschiedenen Tumorzentren zu dem Schluss, dass »die Entscheidungen zur Selektion von Leitlinien auf keiner einheitlichen Grundlage getroffen werden« (Porzsolt 1998, 583).

Ungeachtet dieser inneren Widersprüche sehen Hafferty und Light als politische Konsequenz einer im Gesundheitssystem positionierten Verwaltungselite die Freiheitsgrade klinischer Arbeit eingeschränkt und einen deutlichen Autonomieverlust ärztlichen Handelns zugunsten des statistischen Mittelwertes. Die Medizin laufe in diesem Sinne Gefahr, keine Profession mehr darzustellen, sondern ein technisches Unternehmen zu werden (Hafferty/Light 1995, 143). Die Balance verschiebe sich zugunsten der organisatorischen Interessen der Versorgungsdienstleistungssysteme, und der Preis der Standardisierung der Medizin bestehe dann möglicherweise gerade darin, dass zwar gut durchdachte Serviceprodukte entwickelt würden, deren Gewinn für die Praxis (für den Patienten und den Arzt) jedoch keineswegs gesichert sei (Hafferty/Light 1995, 146). In diesem Sinne fordern Hafferty und Light, die Rolle der Autonomie als Dreh- und Angelpunkt der Professionalisierung neu zu überdenken. Insbesondere der Soziologie käme die Aufgabe zu, die weitgehend unhinterfragte Verbindung von einer zur Medikalisierung der Gesellschaft neigenden Gesundheitspolitik mit der elitären wissenschaftlichen Expertise kritisch zu beleuchten. Die »Evaluation« von Leitlinien und Qualitätssicherungsmaßnahmen dürfte sich dann nicht nur darauf beschränken, dass diese erfolgreich implementiert worden sind, sondern entgegen der dem politischen System geschuldeten naiven Voraussetzung, dass die Reformen an sich schon gut sind, sollten auch die impliziten Konsequenzen diskutiert werden.

Haycox zeigt in einer der wenigen diesbezüglichen Studien auf, dass hier durchaus mit verdeckten Folgekosten zu rechnen sei. So

könne die Steuerung ›von oben‹ gleichsam die evolutionäre Selbstregulation in der Adaption angemessener therapeutischer und diagnostischer Verfahren ausschalten und hierdurch Fehlentwicklungen mit dramatischeren Konsequenzen möglich werden lassen (Planungs-Paradox). Etwa könnten teure neuere Prozeduren viel zu schnell flächendeckend eingeführt werden, als es ihrem begrenzten Nutzen später in der Praxis angemessen erscheinen würde (Haycox/Walley 1999, 391). In diesem Sinne könnten Richtlinien gar die Kosten explodieren lassen, da ihre zunächst unsichtbaren Begleitkosten nicht mehr rechtzeitig innerhalb einer behutsam vonstattengehenden Rezeption durch die Praxis erkannt würden. Haycox zitiert hier das Beispiel der britischen Leitlinien zur Endoskopie bei Dyspepsie (Reizmagen), deren *Nichtbefolgen* seitens der Ärzte im Nachhinein als der einzige vernünftige Ausweg erschien, um die Überlastung der Fachärzte durch unnötige Endoskopien abwehren zu können (Axon et al. 1995).

Abschließend: *Evidence based medicine* erscheint für die Politik wie auch für die Kostenträger zunächst ein willkommener Partner, um ihre Interessen nach gesundheitspolitischer Steuerung durchsetzen zu können. Die Bestrebungen der ›externen‹ Verwissenschaftlichung der Medizin verpufft jedoch zu einem Teil an den Gegenstrategien professioneller Fachverbände, zum anderen Teil agieren sie schlicht an den Bedingungen der Praxis vorbei. Der Politik dient *EBM* dennoch als Reservoir für ›wissenschaftliche‹ Begründungen ihres Handelns. Aus wirtschaftlicher Perspektive dient sie als Legitimation für Rationierungsmaßnahmen, wenngleich durchaus verdeckte Kosten zu erwarten sind. *EBM* nährt in diesem Sinne vorrangig medizinfremde Funktionsbezüge. Nicht zuletzt entstehen durch die Professionalisierung neuer Verwaltungseliten weitere Mitspieler im Gesundheitssystem, die ihrerseits Bezüge und Identitäten aufrechterhalten und konstituieren wollen.

3. Der Arzt im Interaktionszusammenhang

Wissenschaft, Politik, Wirtschaft und Recht nutzen *evidence based medicine* entsprechend ihrer eigenen Funktionslogik, indem sie ihrerseits vermehrt Ansprüche und Erwartungen an die Medizin stellen können. Im Folgenden wird anhand von Oevermanns professionstheoretischen Überlegungen versucht, die hieraus resultierende Interaktionsdynamik im Hinblick auf den einzelnen Arzt und seine Struktur als autonom handlungsfähiges Subjekt herauszuarbeiten. Hierdurch wird die systemtheoretische Erörterung auf den konkre-

ten Handlungszusammenhang realer Ärzte heruntergebrochen. Das ›polykontexturale‹ Gebilde unterschiedlicher Sinnbezüge würde dann in Oevermanns Terminologie als ›objektive Sinnstruktur‹ eines Interaktionszusammenhangs erscheinen, der sich zunächst unabhängig vom subjektiven Bewusstsein wie auch von persönlichem Wissen des konkreten Arztes darstellt: Unabhängig von seinem psychischen Zustand ist vom Arzt zu erwarten, dass er etwa den rechtlichen und den wissenschaftlichen Aspekten seiner Tätigkeit gerecht wird.

Über das Spannungsfeld von Psychischem und Sozialem hinaus ist das Problem der ›Irreversibilität der Zeit‹ ein weiterer Ausgangspunkt für Oevermanns professionstheoretische Überlegungen. Die professionelle Praxis verlangt, im ›Hier und Jetzt‹ der Realzeit zu handeln. Die Begründung für eine konkrete Handlungspraxis kann jedoch unter dem ›Zeitdruck‹ der Praxis in der Regel immer nur *post hoc* getroffen werden. Entsprechend muss davon ausgegangen werden, dass die psychische Bewusstheit über Dimension und Konsequenzen der Entscheidung immer nur im Nachhinein in ihrer Gänze deutlich wird. Besonders für den Professionellen ergibt sich hieraus eine verschärftete Dynamik von ›Entscheidungzwang und Begründungsverpflichtung‹, denn vom Professionellen wird erwartet, dass er sein Handeln an rationalen und wissenschaftlichen Kriterien ausrichtet und zumindest im Nachhinein sein Tun diesbezüglich begründen kann.

Während der Wissenschaftler – vom akuten Handlungsdruck entlastet – sich weitgehend mit der Überprüfung und Reflexion von Modellen begnügen kann, steht die ärztliche Profession gleichsam im spannungsreichen Zentrum von Entscheidungzwang und Begründungsverpflichtung und sieht sich hierin vor der Aufgabe, die grundlegenden Widersprüchlichkeiten einer Praxis balancieren zu müssen, die immer auch soziale Dimensionen mit beinhaltet: »Professionen haben es in ihrer in sich widersprüchlichen Einheit von universalistischer theoretischer Geltungsbegründung einerseits und fallspezifischem Verstehen andererseits, von stellvertretender Entscheidung und Hilfe einerseits und der mäeutischen Aktivierung von Selbsthilfe sowie dem Respekt vor der Autonomie der Lebenspraxis ihren gesunden Anteilen andererseits, wesentlich immer mit Operationen der stellvertretenden Deutung lebenspraktischer Problemkonstellationen zu tun, ohne daß sie dabei einer theoretischen Bevormundung dieser Praxis technokratisch zum Opfer fallen dürfen« (Oevermann 1990, 15).

Das praktische professionalisierte Handeln ist aus dieser Sicht die »Sache einer Kunstlehre und die Professionalisierungstheorie ist bestenfalls eine gültige Rekonstruktion des in der Kunstlehre eingebütteten praktischen Handelns und eine gültige theoretische Begründung dieser Kunst- oder Handlungslehre« (Oevermann 1990, 15).

Kompetentes ärztliches Handeln besteht im Sinne einer »Logik der Risikoabwägung« im Wesentlichen darin, dass »auch unter den Bedingungen des Nicht-Wissens oder der Unklarheit darüber, welche Krankheit genau vorliegt bzw. welche therapeutische Maßnahme genau passen könnte, eine Entscheidung getroffen werden« kann und muss (Oevermann 1996, 50).

Oevermanns interaktionstheoretische Rekonstruktion der professionsethischen Grundlagen erlaubt es, über systemtheoretische Analysen hinausgehend ›Pathologien‹ zu beschreiben, die als ›entwicklungstypische‹ Option im Prozess der Professionalisierung angelegt sind. Denn: Der konkrete Schritt hin zur professionellen Autonomie im Sinne berufsethischer Eigenverantwortlichkeit kann zugunsten einer ›technokratischen Regression‹¹⁸ vermieden werden. Dies kann Oevermann entsprechend unter folgenden Voraussetzungen geschehen:

- »Auflösung der kategorialen Differenz zwischen Wissenschaft und Praxis und als Folge davon De-Autonomisierung von Wissenschaft einerseits und Technokratisierung von Praxis andererseits«,
- »Technokratische Schließung der wesentlich durch wissenschaftliche Forschung offen gehaltenen Zukunft und darin Verabsolutierung bestimmter Prognosen«,
- »Selbstabdankung der Autonomie von Praxis«, indem den Wissenschaften eine »Omnipotenz« bezüglich der Zukunftsprognose zugewiesen wird,
- und indem der »Wissenschaft die ethische Verantwortung für mögliche Folgen der Anwendung ihrer Forschungsergebnisse zugeschlagen wird«, wird »die Autonomie der Praxis eingeschränkt« und ein »undemokratisches Entscheidungselement« eingefordert (Oevermann 1990, 16).

Welche Bedeutung spielt nun die Verbreitung und Institutionalisierung der *evidence based medicine* hinsichtlich der Chance, professionelle Autonomie fördern und aufrechterhalten zu können, denn in ihrem Anspruch, Wissenschaft und Praxis verbinden zu können, scheint sie genau in dem hier formulierten Sinne der Abdankung der Letzteren Vorschub zu leisten? Auf den zweiten Blick stellt sich die professionelle Interaktionsdynamik jedoch etwas komplizierter dar: Die *technokratische Schließung* der Geltungsbereiche der Medizin

¹⁸ Oevermann (1995, 94) bezeichnet die »Selbst-Szientifizierung durch Selbst-Subsumption unter wissenschaftliche Theorien« als eine »technokratische Regression«, in der »die Autonomie zugunsten einer Aufgeklärtheit aufgegeben wird«.

stößt heute schon auf ihre eigenen Grenzen. Der Versuch, den medizinischen Wildwuchs der ›besonderen Therapieeinrichtungen‹, zu denen auch die Homöopathie gehört, mittels kontrollierter Studien auszumerzen, scheint *ad absurdum* geführt. Es ist zu vermuten, dass das sibyllinische Buch der Metastudie in seiner Referenz auf Biostatistik und seinem Verzicht auf inhaltlich semantische Kausalität weitere Überraschungen präsentieren wird.

Die *De-Autonomisierung der Wissenschaft* stellt für den Mediziner zunächst, wenn überhaupt, nur ein peripheres Problem dar. Für die Identität und Legitimität der Wissenschaft könnte sich dieses Problem jedoch auf die Dauer als folgenschwer herausstellen. Die Fusion von Wissenschaft und Praxis zugunsten anwendungsbezogenem Wissen führt ihrerseits zum Zwang der Selbstinszenierung und macht parallel hierzu korrumptierbar zugunsten von Drittinteressen. Einhergehend damit würde auch die medizinische Wissenschaft an Glaubwürdigkeit verlieren. Innerhalb der medizinischen Profession könnte diese Vertrauenslücke in den medizinischen Organisationen und Institutionen durch den vermehrten Rekurs auf glaubwürdige Autoritäten aufgefangen werden. Die Gefahr der *Selbstabdankung der Autonomie von Praxis* scheint insbesondere durch die juristischen Implikationen erhöht. Wenn das Befolgen einer Leitlinie Haftungsimmunisierung bewirkt, dann fördert dies zumindest die Tendenz zur Unterwerfung unter eine Kochbuchmedizin.

Dörner etwa stellt in diesem Sinne fest, dass »Sachzwänge der Büro- und Expertokratie immer mehr Handlungsbereiche in das Befolgen von Ratschlägen, das Ausführen von Aufträgen, das Umsetzen von Leitlinien und das Ausüben von Funktionen« verwandeln würden, »wodurch die reflexive Kraft des Gewissens in ihr Gegenteil, in die gewissenlose Gewissenhaftigkeit der präzisen Leistungsperformance umzuschlagen« drohe (Dörner 2001, 295). Insbesondere beim chronisch Kranken scheint die strenge Indikationsstellung, nur ›evidenzbasierte‹ Maßnahmen zu erlauben, leicht in die Irre zu führen, denn hier kann der Arzt oft nur begleiten und *per se* wenig heilen. Es bleibt jedoch die Frage offen, inwieweit Medizin die Zugriffe zulasten ihrer Autonomie von außen abwehren kann. Bisher scheint es ihr immer gelungen, sich gegenüber Recht und Ökonomie eigene Spielräume zu wahren.

Die Überschreitung der biomedizinischen Indikationsstellung ist in der Medizin weithin üblich, wenngleich das illegale Zur-Geltung-Bringen der sozialen Indikation durchaus seine eigene Problematik birgt (s. hierzu auch Rohde 1974, 475). Als Beispiel sei hier etwa der kassenrechtlich nicht indizierte Regelfall genannt, dass alte Menschen zum Sterben ins Allgemeinkrankenhaus kommen. Entscheidend für die ärztliche Absicherung ist das Protokoll, dessen Rationalität in

der Regel erst *post hoc* konstruiert wird (Berg 1996, 518f.). Der unmittelbare Durchgriff des Rechtssystems auf die Medizin wird nur begrenzt möglich sein und die Medizin kann sich ihrerseits prospektiv absichern, etwa durch geschickte Protokollführung und so genanntes ›defensive testing‹.¹⁹

Gravierender scheint hier der Eingriff der Ökonomie mit den Mitteln des Rechts. Mittlerweile ist es durchaus übliche Praxis einiger Krankenkassen, Ärzte oder Krankenhäuser für Therapien in Regress zu nehmen, deren Evidenz nicht ausdrücklich ausgewiesen ist. Über das Sozialrecht wird es entsprechend der im Health-Technology-Assessment ausgewiesenen ökonomischen Kosten-Nutzen-Abwägung möglich, Maßnahmen, denen *EBM* nur fragliche Wirksamkeit zuweist, aus der solidargemeinschaftlichen Finanzierung auszuschließen. In diesem Sinne ist hier das Beispiel einer onkologischen Abteilung eines Universitätsklinikums zu nennen. Der Abteilung drohen nun nach Verordnung einer in Deutschland noch nicht etablierten Therapie Regressforderungen in Millionenhöhe. Während ein Assistenzarzt vorschlägt, zunächst nur die ›erlaubten‹ Therapieformen zu verschreiben, besteht die Leitungsebene auf der besonderen Rolle eines Universitätsklinikums im Sinne der Qualitätssicherung in der Onkologie, nicht einfach ein Medikament zu verschreiben, weil seine Indikation zugelassen ist, sondern stattdessen über dem Rahmen dessen, was in Deutschland üblich ist, nach dem Therapiekonzept zu suchen, das am meisten Erfolg zu versprechen scheint. Um das Problem der Regressverantwortung jedoch in den Griff zu bekommen, ordnet der Chefarzt an, diesbezüglich Patienten über die Versorgungslage aufzuklären und sie mit entsprechenden Formularen zur Krankenkasse zu schicken, um dort persönlich die Therapieeinwilligung einzufordern.²⁰

¹⁹ Evidence based medicine könnte nun im Sinne von DeKay und Asch (1998) fragen, ob defensive testing gut oder schlecht für den Patienten sei.

²⁰ Zur Illustration Ausschnitte aus einem Beobachtungsprotokoll des Autors, das im Dezember 2001 während einer ärztlichen Teambesprechung einer onkologisch-hämatologischen Station eines Universitätsklinikums entstand:

Chefarzt: jetzt eine weitere wichtige Sache [...] die Mittelprobleme, für die Bereitstellung von Medikamenten für die Versorgung von Tumorpatienten [...] jetzt kommen schon die Regressforderungen der Krankenkassen ... nur Medikamente mit Zulassungsdiagnose werden jetzt erstattet ... wenn jetzt Medikament X bei Krankheit Y zugelassen und es bei Krankheit Z geben, dann haben wir Regressforderungen in horrenden Ausmaßen auf dem Tisch [...] ist jetzt schon ein Urteil gefallen, da haben wir jetzt Widerspruch eingelegt [...] haben dann ja oft teure Zytostatika

Der Weg der Mediziner, die Zugriffe der Krankenkassen abzuwehren, besteht hier darin, die Verantwortung für die Entscheidung

verabreicht, und nur um die Stationskosten niedrig zu halten, die dann ambulant gegeben [...] die Medikamente sollen zwar wirken, aber jetzt auch die wirtschaftliche Dimension [...] das medizinisch Notwendige müssen wir jetzt beweisen [...] das geht jetzt nur mit dem Patienten [...] ihn müssen wir dann über die Versorgungslage informieren [...] den Patienten dann aufklären und dann zur Krankenkasse schicken und sich von denen die Behandlung bestätigen lassen [...] ist dann auch im Sinne der Patientenrechte [...] bleibt jetzt nichts anderes übrig, als die Patienten wohlinformiert zur Krankenkasse zu schicken [...]

Oberarzt 1: Gibt jetzt auch schon ein Merkblatt für den Patienten ... und dann auch ein vorgefertigtes Schreiben mit der Bitte zur Kostenübernahme ... dann eine Anlage für eine Begründung [...] sind dann etwa auch die Studien der Phase 1 zu nennen [...] die Argumentation lautet dann immer ›wegen fortlaufender Therapienotwendigkeit‹ ... wenn die Krankenkasse zustimmt, ist es ok [...]

Assistenzärztein: Was ist jetzt, wenn die das liegen lassen?

Chefarzt: Dann muss der Patient [...] der ist es jetzt, der gefordert ist [...] will die Politik ja auch, den mündigen Patienten, deswegen ist der gefordert.

Assistenzärztein: Was ist jetzt, wenn der Patient keine Angehörigen hat und nicht mehr laufen kann?

Chefarzt: Da können wir jetzt nichts mehr machen [...] ist jetzt einfach so, die Kasse legt dann die ganze Verantwortung auf den Arzt [...] der bekommt mit der Ausstellung des Rezeptes die Verantwortung, weil er regresspflichtig ist [...] können wir jetzt nicht machen [...] haben wir ja anfangs drüber gesprochen [...] geht nur über den Patienten, so ist die Situation [...] wer das jetzt nicht versteht, ist vielleicht Idealist [...] naiv [...] aber die Kasse argumentiert jetzt: ›die Patienten sind Versuchskaninchen, und wir sollen es bezahlen‹.

Ärztin: Die Einwilligung muss jetzt nur vorliegen, wenn die Indikation außerhalb der roten Liste. [...]

Chefarzt: [...] ist ja dann etwa so [...] das Beste, was wir für das Kleinzellige haben [...] ist nach einer Studie aus Japan das (nennt die Medikamentennamen) [...] und das steht da nicht drin. Wenn Sie das jetzt beim Patienten verordnen, dann müssen Sie ihn auch zur Krankenkasse hinschicken [...].

Assistenzärztein: Die (liest die Namen einiger Medikamente ab) sind jetzt zugelassen [...] die anderen nicht [...] könnte man doch sagen, ›nehmen wir erst mal die?‹

Chefarzt: Dann sind wir ja wieder beim Aldi-Einkauf.

Leitender Oberarzt: Die primäre Intention ist jetzt die Qualitätssicherung in der Onkologie ... nicht der Sinn, dass die Leute sagen: Carboplatin ist zugelassen, also unbedenklich, das wollen wir jetzt gerade nicht!

an den Patienten zu reattribuieren, der sich nun eigenständig um die Finanzierung seiner Therapie zu kümmern habe. Patientenautonomie bedeutet in dieser Lesart, dass die Last der Finanzierung tendenziell individualisiert und privatisiert wird.

Abschließend: Nichtsdestotrotz erhöht die Existenz *evidence*-basierter Leitlinien unweigerlich den ›Rationalisierungsdruck‹ für den Mediziner. Die oftmals unter der Logik der Praxis getroffenen Entscheidungen verlangen nun eine ausführlichere Begründung, die auch den strengen juristischen und wissenschaftlichen Kriterien standhalten muss. Als ein weiterer Belastungsfaktor erscheint die *Technokratisierung der Praxis*. Diese läuft gleichsam parallel mit und belastet den einzelnen Arzt mit weiteren Routinen. Praxisprotokolle, zur Ritualisierung neigende Weiterbildungs- und Qualitätssicherungsmaßnahmen sowie andere Technikfolgeprobleme stellen an das ohnehin knappe Zeitbudget der Ärzte zusätzliche Anforderungen, denen vermutlich nur um den Preis verkürzter Arzt-Patient-Kontakte Folge zu leisten ist. Für den Arzt entwickelt sich hier gewissermaßen eine verschärzte Bewährungsdynamik, die dieser – kompetenztheoretisch gesprochen – entweder in Richtung von mehr Autonomie oder zum Preis der technokratischen Regression lösen kann.

4. Wissensinszenierung: Medizin – auch eine Kultur des Performativen

Entsprechend Luhmanns wissenschaftstheoretischem Diktum, dass es unter den gegebenen Bedingungen leichter ist, »Konstruktionen zu entwerfen und nachzuvollziehen als richtige Realitätswahrnehmungen zu behaupten und durchzusetzen« (Luhmann 1998c, 634), weckt der Anspruch der *EBM*, einfache Lösungen anbieten zu können, den Verdacht, es hier auch mit anderem als Wissenschaft zu tun zu haben. Während Letztere den Gegenstand ihrer Analyse üblicherweise komplexer erscheinen lässt, als dieser in der Praxis verhandelt wird und werden kann, werden in der *EBM* umgekehrt die sozialen und technischen Dimensionen medizinischer Praxis, ihre komplexe Situationslogik ebenso wie ihre impliziten Wissensdimensionen (›*tacit knowledge*‹) zugunsten vereinfachender didaktisch gut präsentierbarer Programme getilgt. Wenn diese nun jedoch differenztheoretisch hinsichtlich der Spannung von Inhalt, Mitteilung und Verstehen gelesen werden, erscheint *EBM* auch als *Wissensinszenierung*. Aus dieser Perspektive würde sich die Frage stellen, was die Medizin bzw. ihre Akteure hierdurch an Autonomie gewinnen könnten? Aus einer eher handlungstheoretischen Sicht würden sich hier insbesondere

Anschlüsse an Goffman ergeben, dessen Arbeiten die Probleme der Selbstdarstellung und Imagearbeit ausführlich thematisieren. Unter dem Blickwinkel der Theatermetapher würden hier die professionellen Akteure zusätzliche Freiheitsgrade gewinnen, indem sie *so tun als ob* und Dinge *in anderen Zusammenhang stellen*. Als Grenzfall solcher Modulationen erscheinen *Täuschungsmanöver*, die oftmals in durchaus *guter Absicht* durchgeführt werden können (s. hierzu Goffman 1996).

Besonders für einen Mediziner, der eine Leistungsposition anstrebt, ist die Inszenierung wissenschaftlicher Kompetenz und Performanz unabdingbar. Der Fall der Arbeitsgruppe des Hämatologen Friedhelm Herrmann macht deutlich, dass diesbezüglich im Einzelfall sogar mit einem Wissenschaftsbetrug gravierenden Ausmaßes zu rechnen ist, dessen Aufdeckung zur Inkriminierung von um die hundert hochrangigen Fachpublikationen sowie der Infragestellung mehrerer Habilitationen führte.²¹ Massive Verstöße wie diese führen zwar seitens der Wissenschaft zu Bemühungen vermehrter Selbstkontrolle und entsprechender Richtlinien.²² Dennoch muss auch die Deutsche Gesellschaft für Hämatologie und Onkologie bekennen, dass unter der gängigen Praxis der Eigenselektion medizinischer Führungspositionen die Motivation zu kleineren und größeren Täuschungen durchaus nachzuvollziehen sei, zumal die Mediziner angesichts ihrer oftmals unheilbaren Patienten sowieso hinsichtlich eines pragmatischen Umgangs mit Exaktheit und Wahrhaftigkeit geübt seien.²³

²¹ Siehe hierzu ausführlich den DFG-Abschlussbericht der »Task Force F. H.« (http://www.dfg.de/aktuell/download/abschlussbericht_fh.pdf). Download 22.1.2001

²² Siehe hierzu die Empfehlungen der DFG-Kommission ›Selbstkontrolle in der Wissenschaft‹ (http://www.dfg.de/aktuell/download/empf_selbstkontr.htm) (Heruntergeladen am 7.9.2001).

²³ Im DGHO-Mitglieder-Rundschreiben 03/2000 heißt es diesbezüglich: »Die wichtigste Ursache für diese Motivation liegt in der zentralen Bedeutung, die die Veröffentlichungen für das berufliche Fortkommen in der Medizin haben. Im Gegensatz zu Disziplinen wie etwa den Rechts-, Wirtschafts- oder Ingenieurwissenschaften ist eine eindrucksvolle Publikationsliste für Ernennungen in klinische Chefarztpositionen mindestens genauso wichtig wie Erfahrung, genuin individuelle Kreativität und besonderes Engagement in der täglichen Berufspraxis [...] Hinzu kommt die allgemeine Gefahr des Integritätsverlustes der Persönlichkeit des unter kontinuierlichem Produktionsdruck stehenden jungen Wissenschaftlers (›publish or perish!‹), da an hochkarätigen klinischen Institutionen oft ein übertriebener Leistungsdruck eines ehrgeizigen Chefs von oben zu einem Klima der Angst und ungesunder Selbstüberforderung unter den Mitarbeitern führt. [...] Wie Blum et al. weiter ausführen, bietet die Medizin

Ärzte wiederum, mit diesen im Rahmen medizinischer Dissertationen durchaus üblichen ›Kavaliersdelikten‹ vertraut, sind gewohnt, auch ›evidence-basierte‹ Studienergebnisse zu relativieren und auch entsprechend zwischen den Zeilen zu lesen, wie etwa auch diesbezügliche Experteninterviews mit chirurgischen Oberärzten aufzeigen.²⁴

Medizinische Experten können und müssen gleichzeitig in verschiedenen Kontexten bestehen. In den Kreisen der wissenschaftlichen Reputation gelten andere Inszenierungsregeln als dem Patienten gegenüber, während im vertrauten *peer-group*-Zusammenhang auch der Blick hinter die Kulissen gestattet sein muss. Gerade in seiner Fähigkeit, Inszenierungen sowohl zu beherrschen als auch durchschauen zu können, gewinnt der professionelle Experte gegenüber dem Laien über seine Fähigkeit der Wissensvernetzung hinausgehend

weitere Rahmenbedingungen, welche diese Tendenz noch verstärken können: Der Umgang mit Patienten, etwa bei der Erörterung der Prognose unheilbar Kranker, kann zu einem eher laxen und verschwommenen Umgang mit der Wahrheit und noch mehr mit der Wahrhaftigkeit führen, da man aus vermeintlich gerechtfertigter ärztlicher Sicht dem Patienten sowieso nicht immer die Wahrheit sagen könne. [...] Die Neigung zu ›ärztlichen Kavaliersdelikten‹ auch in wissenschaftlichen Belangen, etwa im Sinne des ›Grantsmanship‹, wird hierdurch gefördert.«

- ²⁴ Zur Demonstration dieser Haltung die folgenden zwei Zitate von zwei Chirurginnen in Leitungsfunktionen eines Allgemeinkrankenhauses. Diese stammen jeweils aus Leitfadeninterviews, die im Rahmen des Forschungsprojektes »›Ärztliche Entscheidungsprozesse‹ des Krankenhauses im Spannungsfeld von System- und Zweckrationalität« geführt wurden. Die Antworten folgten jeweils auf die Frage nach der Bedeutung der so genannten *evidence based medicine* für den klinischen Alltag:
- Oberärztin:* »[...] und für mich ist das schon immer sehr interessant, dann die Ergebnisse zu lesen oder zu hören, aber das reicht eben nicht aus, weil die halt massivst gefälscht sind und es ist halt ... es wäre schon wichtig [...] das wirklich zu kontrollieren wie's wirklich ist [...] ich hab ja Doktorarbeiten laufen gehabt und hab auch zwei laufen und ich weiß, meine sind jetzt noch nicht abgeschlossen, aber ich weiß ja, die ehemaligen, ja klar, die ich betreut habe, ich weiß doch, wie das gemacht wird. Das ist so nicht echt [...] ich weiß, ich kenne die echten Zahlen.«
- Leitender Oberarzt:* »[...] man weiß ja zum Teil auch, wie solche Studien entstehen, die Ergebnisse von solchen Studien; also ich bin da schon sehr skeptisch im Glauben an die Wissenschaft, weil bestimmte Dinge im Prinzip so als These und Provokation hingestellt werden und dann quatschen das alle Kliniken erst mal nach und komischerweise ist es sehr häufig, dass die gleichen Ergebnisse, die eine Pilotstudie erzielt hat, im Prinzip ja in den Folgestudien nie wieder erreicht werden, und das gibt mir schon zu denken; Stichwort Datenmanipulation gibt es ja auch 'ne ganze Reihe von Beispielen.«

weitreichende Autonomie: Denn nur er kann die Täuschungsmanöver durchschauen. Es gibt gewissermaßen keinen Ausweg aus dem Paradoxon, dass man dem Experten ein objektives Deutungsmonopol zugestehen muss, gleichzeitig jedoch niemals der Verdacht ausgeräumt werden kann, dass hier Subjektives oder gar Willkür gepredigt wird (Hitzler 1994, 26). Der Widerspruch zwischen den konstativen und den performativen Aspekten der Kommunikation ist nur durch den Rekurs auf Vertrauen in die Glaubwürdigkeit und Autorität des Gegenübers zu lösen, denn wenn man fragen müsste, woran man die Expertenschaft erkenne, »dann stößt man auf solche Phänomene wie: auf eine bestimmte Art und Weise sprechen, bestimmte Embleme und Symbole verwenden, ein bestimmtes Erscheinungsbild abgeben, bestimmte Rituale – auch Antirituale – vollziehen usw., dann stößt man also sehr schnell auf *Inszenierungsleistungen*. Dann erscheint der Experte eben nicht als jemand, der besondere Kompetenzen *hat*, sondern als jemand, der es versteht, sozial zu *plausibilisieren*, daß er über besondere Kompetenzen verfügt« (Hitzler 1994, 27).

Das Phänomen der *Wissensinszenierung* stellt in diesem Spiel um glaubhafte Präsentation von Kompetenz nochmals eine Doppelung dar, denn über die Professionalität hinaus, die ja immer für sich schon wissenschaftliche Rationalität in Anspruch nimmt, wird diese nun ein weiteres Mal, diesmal pädagogisch, präsentiert. Jede Pädagogik, ihrerseits Inszenierung, »ist gezielte Auswahl, bestimmter Ausschnitt«, muss vereinfachend selektieren, um sich dem Laien plausibilisieren zu können. Darüber hinaus muss sie »im Verhältnis von Wissen und Praxis die Kontexte verwischen«, um damit das »Problem der Übersetzung« auszublenden (Kiener/Schanne 1999, 450). Inszenierung muss als eine Kommunikation unter zwei Partnern verstanden werden, die eine »Art (stillschweigenden) Pakt« voraussetzt, denn »Inszenierungen des Wissens ziehen Wissen um Inszenierungen nach sich. In einem Zustand etablierter Inszenierung verwischt sich die Differenz zwischen dem Übersetzten und der Übersetzung, zwischen Selektion und Gestaltung, zwischen dem Inhalt und seiner Inszenierung. Inhalt und Anwendung verschmelzen in ihrer Inszenierung« (Kiener/Schanne 1999, 451). Wohl wissend, dass hier die »Grenzen zwischen dem Wissenschaftssystem und seiner Umwelt aufgeweicht« werden und hierdurch »die ›Wissenschaft‹ an Kontur« verliert, da »wahr«, »objektiv« und »nützlich« nicht zusammenfallen müssen (Kiener/Schanne 1999, 447), scheint dennoch für die Medizin aus verschiedenen Gründen keine Alternative zu bestehen, um mittels vermehrter Inszenierung auf der politischen Bühne Terrain zu gewinnen. Unter knapper werdenden öffentlichen Mitteln, aber auch in der Hinsicht auf internationale Systemvergleiche, die aufzeigen, dass *mehr* Medizin nicht automatisch mehr Lebenslänge und Gesundheit

bedeutet, steht die Medizin in ihrer jetzigen Form vermehrt unter Legitimationszwang. Nicht zuletzt ist die medizinische Wissenschaft selbst aufgrund vermehrter Drittmittelabhängigkeit gezwungen, ihren gesellschaftlichen Nutzen herauszustellen, zumal auch die Gesundheitswissenschaften ihre bisherige Monopolstellung hinsichtlich Fragen der medizinischen Versorgung zunehmend angreifen. Nicht nur der einzelne Arzt, auch medizinische Institutionen als organisatorische Einheiten stehen auch im Hinblick auf diesbezügliche Programme und Forderungen der Politik – etwa seitens der WHO – zunehmend unter Zugzwang, ihre Qualität nach außen hin zu präsentieren. Wie Iding (2000) jedoch in der qualitativen Analyse zweier Projekte zur Organisationsentwicklung im Krankenhaus aufzeigt, kann die Qualitätsentwicklung als die eigentliche Zielsetzung schnell zugunsten des ›sekundären Gewinns‹ einer öffentlichkeitswirksamen Präsentation der Krankenhausleitung und der Beraterfirma verloren gehen.²⁵

In diesem Sinne kann *EBM* (wie in vieler Hinsicht auch der Diskurs um den Segen der Gentechnologie) als eine Form der Wissensinszenierung einer Medizin verstanden werden, die in unterschiedlichsten Bereichen an Autorität verloren hat. Politisch kann es ihr hierdurch gelingen, sich erneut zu legitimieren und sich dabei institutionell einen normativen Status positiven Rechts zu geben. Dies geschieht

²⁵ Iding arbeitet in seiner mikropolitischen Analyse zweier Beratungsprojekte heraus, dass diese zwar als inhaltlich gescheitert gesehen werden müssen, die Mehrzahl der beteiligten Akteure dennoch im Sinne ›sekundärer Gewinne‹ von dem Projekt profitieren: »Formal wurden beide Beratungsfälle gemäß den Auflagen der WHO durchgeführt und beendet. Schaut man auf die wenigen Ergebnisse, dann wird klar, daß hier zwei OE-Prozesse als gescheitert betrachtet werden können. [...] Im westdeutschen Krankenhaus [...] wurde mit viel Euphorie begonnen, wollte der Hauptberater ein OE-Projekt ›state of the art‹ realisieren und landete schließlich frustriert beim Gegenteil, einer nach und nach sich entpuppenden Rationalisierungsmaßnahme. Im ostdeutschen Krankenhaus [...] verlor das Projekt gleich am Anfang seine Machtpromotoren und kollidierte in seiner partizipativen Ausrichtung mit den Kontrollverlustängsten des Krankenhaus-Managements« (Iding 2000, 168f.). »Auf der anderen Seite zeigen die Fallstudien, daß viele Beteiligte von einem Projekt profitieren, das zwar durchgeführt wurde, aber von den Ergebnissen her als gescheitert betrachtet werden muß. Die Krankenhäuser konnten ihr Image und die Öffentlichkeitsarbeit verbessern. Es wurde hier und da auch etwas für die Gesundheitsförderung getan. Die beteiligten Krankenhaus-Manager haben ein großes Projekt geleitet und konnten mit den Beratern zusammen das Projekt in wissenschaftlichen Artikeln vermarkten. Die Berater haben in der Prozessberatung Erfahrungen gesammelt und Geld verdient« (Iding 2000, 179f.).

hier paradoixerweise mithilfe von hypothetischen Modellen, denn Wissenschaft im guten Sinne hat es immer mit Hypothesen zu tun. Des Weiteren kann im Zuge der Einführung von Marktélémenten in das Gesundheitswesen die Medizin kaum auf die Imagearbeit der Qualitätssicherung und -zertifizierung verzichten. Wenn die ›Droge Arzt‹ durch das »evidence«-Label weiter an Autorität gewinnt, erscheint auch für den Patienten die immer mitschwingende Dimension der symbolischen Heilung unter einer strahlenderen Aura suggestiver Faktizität. Inszenieren von Wissen bedeutet immer auch »Versprechen von Sicherheit, und sei es kommunikativer Sicherheit«. Die »Spannung zwischen Sicherheit und Unsicherheit, Wissen und Nicht-Wissen, Anwesenheit und Abwesenheit« wird zugunsten verarbeitbaren, gezähmten, bekannten Wissens geschwächt (Kiener/Schanne 1999, 454). In diesem Sinne sind *evidence*-basierte Leitlinien dem einzelnen Arzt willkommen, und aus dieser Perspektive scheint der empirische Befund, dass dieser deren Existenz gutheißt, ihren Inhalt aber in der Regel kaum zur Kenntnis nimmt,²⁶ nicht verwunderlich. Medizin stellt trotz – oder parallel zu – ihrer Verwissenschaftlichung immer auch eine Kunst des Performativen dar.²⁷ Vermehrte Wissensinszenierung ist jedoch langfristig nur um den Preis zu haben, das zu unterhöhlen, auf was sie sich Wissenschaft gründet. Die moderne Medizin würde dann gleichsam den Ast, auf dem sie sitzt, dekonstruieren, nämlich die Basis ihrer wissenschaftlichen Autorität. Die Bewegung der *evidence based medicine* müsste sich – falls sie der ihr innwohnenden Tendenz zur Wissensinszenierung zu sehr nachgeben würde – langfristig ihrem eigenen Paradoxon stellen müssen: Ihre Evidenz würde sich nicht zeigen lassen.

5. Diskussion

In vielen Bereichen angewandter medizinischer Forschung sind biostatistische Verfahren weit verbreitet und haben entsprechend dort auch ihre Berechtigung; in der Arzneimittelforschung etwa sind kontrollierte randomisierte Studien ein unersetzliches Instrument. All dies wäre für einen soziologischen Beobachter nicht weiter bemerkenswert, wenn nicht unter dem Namen *evidence based medicine* seitens ihrer Protagonisten gleichsam eine neue Philosophie der Medizin verkündet würde. Der hier vertretene umfassende Anspruch, zumindest

²⁶ Hier sei nochmals auf Siering et al. (2001) verwiesen.

²⁷ Anknüpfungspunkte ergeben sich hier besonders an die kulturanthropologischen Arbeiten zur symbolischen Heilung. Siehe etwa Dow (1986) und Moerman (1979).

der in Totalität vollzogene Kurzschluss von Wissenschaft und Praxis, politischer Programmatik und wissenschaftlicher Begründung, müsste geradezu die Reizworte zu einer Ideologiekritik liefern, denn wird hier nicht – zumindest rhetorisch – die Überkomplexität der Theorie gegenüber der Praxis verschleiert und, damit verbunden, die Professionalität konstituierender Autonomie zugunsten einer technokratischen Regression getilgt? Im Sinne von Dörner würden dann all die nicht oder nur schwer rationalisierbaren Aspekte ärztlicher Praxis einem szientifischen Missverständnis zum Opfer fallen.

Konkretes ärztliches Handeln und Entscheiden stellt immer eine komplexe Gemengelage von ethischen, sozialen, medizinischen, organisatorischen und auch wirtschaftlichen Aspekten dar, die miteinander abgewogen werden müssen. Die Frage etwa, ob weitere diagnostische oder therapeutische Maßnahmen für chronisch Kranke sinnvoll sind, aber auch eine scheinbar triviale Situation wie der Krankschreibungswunsch eines Patienten mit Erkältung, kann schon zu »ethischen Spannungslagen« führen, »die nicht ohne Rest aufgehoben werden können« (Dörner 2001, 22). Professionelles Handeln verlangt immer auch nach einer beziehungsethischen bzw. diskursethischen Einbindung, denn es kann nur als ein soziales Phänomen vollends verstanden werden. Unter der Ausgangsdisposition der wechselseitigen Unsicherheit bei gleichzeitiger Abhängigkeit und den hieraus folgenden Mustern von Erwartungen und Erwartungserwartungen stellen Vertrauen und vertrauensbildende Maßnahmen gleichsam die *conditione sine qua non* in der Beziehung zwischen dem medizinischen Experten und dem Laien dar. Unter diesem *sozialen* Blickwinkel ist EBM zunächst einmal *auch* Inszenierung von Wissenschaftlichkeit, denn allein der Begriff suggeriert schon positives Wissen und Sicherheit.

Die hoch entwickelte Medizin ist nicht nur in ihren esoterischen Grenzbereichen, sondern in ihrer alltäglichen Praxis, etwa im Umgang mit multimorbidem chronisch kranken Patienten, gezwungen, reale Ungewissheit in konkretes Handeln umzuwandeln. Insbesondere an den Grenzen ihrer hohen Leistungsfähigkeit muss sie hierzu vermehrt auf symbolische Formen rekurren, denn neben einer Welt des Wissens und des prinzipiell Machbaren existiert im ärztlichen Alltag die Welt der Unsicherheit und erwartbarer, aber auch unerwartbarer Grenzen weiterhin fort. In diesem Sinne könnte EBM auch als kultureller Mythos einer Wissensgesellschaft verstanden werden, mit dessen Hilfe Ärzte aus dem Chaos der Fakten eine für Patienten und Politik verständliche Welt der Ordnung zaubern können. Langfristig würde sich jedoch auch die Medizin vermutlich vermehrt die Paradoxien des Konstruktivismus einhandeln und sich diesen stellen müssen.

EBM verwischt jedoch nicht nur die Grenze zwischen Theorie und Praxis, sondern lässt auch die Beziehung zwischen den Funktionssystemen durchlässiger werden, sie kann in gewisser Weise gar zu einer Entdifferenzierung derselben führen. Für die Medizin ergibt sich normalerweise ein klarer Funktionsbezug: Instruktiv ist für sie die Krankheit. Hieraus folgen Diagnose und Therapie als ihre anschlussfähigen Handlungen. Die wissenschaftliche Wahrheit ihrer Methoden, die Einhaltung gängigen Rechts wie auch die ökonomische Kosten-Nutzen-Bilanz ihrer Bemühungen stellen für sie sekundäre, wenngleich nicht unwichtige Probleme dar. *EBM*, auch als politische, ökonomische und rechtliche Programmatik verstanden, bewirkt einen merklichen Druck hinsichtlich der Prioritätensetzung. Ins Extreme ausbuchstabiert könnte dies dann bedeuten, dass im Zuge der Ökonomisierung des Sozialen und des Therapeutischen Qualität nur noch zählt, »wenn sie sicherbar, kontrollierbar, messbar, also in Quantität umgewandelt, somit positiv oder negativ bewertbar und daher bei Bedarf wegrationalisierbar ist. Nicht-meßbare, d. h. eigentliche Qualität existiert dann einfach nicht und entfällt als unersetzbarer Wirksamkeitsanteil ärztlicher, pflegender (bzw. sozialer) Beziehung und Handlung« (Dörner 2001, 211).

Von ihrem Grundgedanken stellt die am Gesetz der großen Zahlen ausgerichtete Epidemiologie den Gegenpol zur ärztlichen Ethik der Einzelfallorientierung dar. Die professionalisierten Gesundheitswissenschaften projizieren mit der *EBM* nochmals das Verhältnis von Gesellschaft und Individuum in das Funktionssystem der Medizin hinein. Würde dieser ›Auftrag‹ seitens der Medizin unbearbeitet angenommen, so hätte dies massive professionsethische Konsequenzen. Medizin könnte wieder verstärkt von einem utilitaristischen Moment durchdrungen werden. Für den Arzt wäre dann nicht nur – wie bisher – die konkrete Krankheit instruktiv, sondern auch ›gesamtgesellschaftlicher Nutzen‹, was immer das auch heißen mag, und wer (oder welches Funktionssystem) auch immer sich anmaßt, hier für ›die Gesellschaft‹ zu sprechen.

Da die *EBM* jedoch als Wissensszenierung nicht nur hinsichtlich ihrer inhaltlichen Aspekte, sondern auch im Hinblick auf die performative Dimension bewertet werden muss, bleibt zum Abschluss die Frage offen, wie und unter welchen Bedingungen sich die Medizin

als Profession in diesem Spiel selber restabilisieren kann. Unter Umständen könnte sie gar gestärkt und ohne wesentlichen Identitätsverlust aus diesem Prozess herausgelangen. Langfristig könnten die Kosten der Inszenierung eher zulasten einer dekonstruierten Wissenschaft gehen, während es innerhalb der Medizin zu einem guten Arzt weiterhin (noch) keine Alternative geben wird. Die Beurteilung des Einflusses der *EBM* kann letztlich nicht losgelöst von den anderen Wandlungsprozessen im Gesundheitswesen und in der medizinischen Wissenschaft gesehen werden. Neue Technologien, insbesondere die Molekularbiologie und die mit ihr an den medizinischen Hochschulen neu institutionalisierten wissenschaftlichen Eliten, ändern den Proporz hinsichtlich dessen, was innerhalb der Medizin geforscht und gelehrt wird. In der Suggestion sinnvoller Anwendungen einer modernen Wissenschaft verschieben sich auch hier die Kräfte innerhalb der Medizin. Des Weiteren bleibt, kompetenztheoretisch gesprochen, die Frage offen, wie die Ärzteschaft selber mit der Bewegung der *EBM* umgehen wird. Die intendierten positiven Effekte einer höheren Handlungsrationale und besseren Wissensorganisation liegen auf der Hand und lassen durchaus auch eine Rezeption im Sinne eigener Weiterbildungswünsche möglich erscheinen.

Als verborgene negative Begleiteffekte erscheinen demgegenüber, wie in dieser Studie aufgezeigt, einerseits die Gefahr der *Deprofessionalisierung*²⁸ von Medizin – hier im Sinne eines ärztlichen Autonomieverlustes verstanden – und andererseits die Umformung des intendierten Anspruchs der *EBM*, zugunsten von Selbstdarstellungsinteressen einzelner Akteure oder Gruppen – was wiederum die ursprüngliche Zielsetzung der *EBM*, mehr Wissenschaft in die Praxis zu bringen, ins Leere laufen lassen könnte. Die beiden Pole ›technokratische Regression‹ und ›gekonnte Inszenierung bei Restabilisierung der eigenen Professionalität‹ liegen hier nahe beieinander.

Um die praktischen Konsequenzen der ›externen‹ Verwissenschaftlichung der Medizin auf die ärztliche Profession jedoch wirklich im Detail verstehen zu können, fehlen qualifizierte empirische Untersuchungen, in denen die Bedingungen und Rahmungen ärztlicher Praxis sorgfältig rekonstruiert werden. Hierzu kann es nicht ausreichen, sich auf die kommunikativen Interaktionszusammenhänge im Sinne Oevermanns ›objektiver Sinnstrukturen‹ zu beschränken, denn die

²⁸ Innerhalb medizinsoziologischer Diskurse wird der Begriff der Deprofessionalisierung vielfach auch in einem anderen, emanzipatorischen Sinne verwendet, nämlich als eine Gegenbewegung aufgeklärter Patienten, die der ärztlichen Expertise eigenes Wissen über Körper und Gesundheit entgegensetzen und so die diesbezügliche Deutungsmacht der Medizin etwas aushebeln können.

Frage, inwieweit diesen innerhalb der konjunktiven Erfahrungsräume ärztlichen Handelns überhaupt ein Wirklichkeitscharakter zu kommt, ist bisher weitgehend unbeantwortet. Insbesondere die Werte und Strategien der betroffenen Ärzte, auch im interkulturellen und interfachlichen Kontrast betrachtet, müssten sorgfältiger untersucht werden. Wie und in welchem Rahmen institutionelle und externe Zumutungen an die Medizin im Sinne einer professionsethischen Ethik angenommen oder – etwa verankert im kollektiven Habitus einer ›brauchbaren Illegalität‹ – ausgeblendet und ausgetrickst werden, kann bisher nur geahnt werden. Es ist jedoch zu erwarten, dass eine ausführliche Untersuchung der der alltäglichen habitualisierten Handlungspraxis zugrunde liegenden Prozessstruktur in Verbindung mit ihrer sozialisationsgeschichtlichen Entwicklung eine wichtige Rolle für die Antwort auf die hier aufgeworfenen Fragen spielen könnte.