

# Zum klinischen Urteil in der modernen Medizin

GUNVER S. KIENLE

„Mehr Vertrauen in die ärztliche Urteilskraft“ so titulierte der kürzlich verstorbene Ärztekammerpräsident Jörg-Dietrich Hoppe ein Plädoyer zur geistigen Autonomie des Ärzterberufs [1]. Das klinische Urteil gilt von jeher als Herzstück guten ärztlichen Handelns: bei der Begegnung mit Patienten, der Diagnose, der Kommunikation, in komplexen Situationen, bei individuellen Therapieentscheidungen [2–5]. Dennoch sind Wert und wissenschaftlicher Stand des klinischen Urteils innerhalb der modernen Evidenz-basierten Medizin nicht wirklich klar.

**W**ichtige Definitionen von ärztlicher Professionalität und ärztlicher Ethik betonen die tragende Rolle des klinisches Urteils [6]. Auch die evidenzbasierte Medizin, definiert als Synthese von externer Evidenz, Patientenperspektive und klinischer Expertise, integriert dezidiert das klinische Urteil – sonst würde die Medizin “ tyrannisiert von externer Evidenz” [7, 8]. Beruhen die Erkenntnisgrundlagen des meist intuitiven klinischen Urteils auf einer simplen korrelativen Statistik, einem post hoc, ergo propter hoc? Oder kann es auf anderen Erkenntniswegen essenziell zu medizinischen Erkenntnissen und Entscheidungen beitragen [9]?

## Klinisches Urteil und externe Evidenz

Bei der Generierung von externer Evidenz – bei der Planung, Durchführung und Bewertung klinischer Studien, wie auch bei deren Umsetzung in Leitlinien [10] – ist das klinische Urteil erfahrener Ärzte notwendig. Diese machen im klinischen Alltag wichtige Beobachtungen – Alvan Feinstein, Nestor der klinischen Forschung, schrieb: “In caring for patients, clinicians constantly perform experiments. During a single week of active practice, a busy clinician conducts more experiments than most of his laboratory colleagues do in a year.” [11]. Diese klinischen Beobachtungen sind eine unverzichtbare Quelle für medizinische Erkenntnisse; sie komplementieren die Informationen aus klinischen Studien und können z.B. in Form qualitativ hochwertiger Fallberichte kommuniziert werden: So wurde von aufmerksamen Pädiatern die Wirksamkeit von Propranolol beim schweren Hämangiom entdeckt, als Fallbericht im NEJM publiziert [12] und so in die Medizin

eingeführt. Auch die Therapiemöglichkeiten des schweren hämolytisch-urämischen Syndroms, das 2011 im Zuge der Infektion mit Shigatoxin-produzierenden E. coli auftrat, erfuhr eine wichtige Erweiterung durch die Publikation von Fallberichten, die den erfolgreichen Einsatz von Eculizumab bei erkrankten Kindern beschrieb [13]. Ca. 40% aller Nebenwirkungen werden durch Fallberichte entdeckt [14]. Auch in großen, forschungsintensiven Fächern wie der Kardiologie, beruhen die Empfehlungen in den Leitlinien (American College of Cardiology, American Heart Association) fast zur Hälfte auf Fallberichten, Expertenmeinungen und dem „Versorgungsstandard“ [15]. In anderen medizinischen Disziplinen, mit Schwerpunkt in der Therapie komplexer Fälle, rückt das klinische Urteil – kommuniziert über Fallberichte – ganz in das Zentrum der Entscheidungsfindung. So bestehen wissenschaftliche Publikationen zu kinderchirurgischen Verfahren fast nur aus Fallberichten und Fallserien [16]. Auch die Palliativmedizin versteht sich als hochindividuell, patienten- und situationsorientiert, mit einem hohen Stellenwert von Einzelfall-Evidenz, klinischem Urteil und Intuition, während klinische Studien nur punktuelle Hilfe sind [17, 18].

## Klinisches Urteil und ärztliche Professionalität

Der ärztlichen Professionalität wurde implizit lange Zeit das Modell der technischen Rationalität zugrunde gelegt [19, 20]: Intelligente Praxis sei die Anwendung von wissenschaftlichen Kenntnissen; der Praktiker übergibt seine praktischen Probleme dem Wissenschaft-

## NATUM

Arbeitsgemeinschaft für Naturheilkunde, Akupunktur und Umweltmedizin in der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe e.V.

[www.natum.de](http://www.natum.de)  
Informationen und Kongressankündigungen

**Geschäftsstelle**  
Katrin Harling  
Bosdorfer Str. 20  
27367 Hellwege

Tel.: (0 42 64) 8 37 45 42  
Fax: (0 42 64) 8 37 79 46

E-Mail: [info@natum.de](mailto:info@natum.de)

ler, der sie löst und dem Praktiker neue Kenntnisse liefert, der sie wiederum in der Praxis anwendet. In diesem Modell bleibt jenseits des Identifizierens von Problemen wenig Notwendigkeit für das klinische Urteil. Dieses Modell wird von Expertenforschern aber als grob übersimplifiziert bezeichnet, da es nicht die Komplexität erfasst, sondern bestenfalls die Situation des Anfängers. Experten oder Könnner zeichnen sich, zusätzlich zum externen Wissen, vor allem durch folgende Fähigkeiten aus [19–22]:

— Implizites Wissen ist ein Wesensmerkmal von Könnerschaft und Kompetenz jedweder Provenienz. Könnner wissen mehr als sie zu sagen vermögen, ihre herausragenden Entscheidungen und Handlungen können sie oft nicht in Regeln fassen. Werden sie dazu veranlasst, regredieren sie auf ein Anfängerniveau, mit der Folge von Leistungsverminderung. Implizites Wissen korreliert stärker mit beruflichem Erfolg als konventionelle akademische Intelligenz [21–25].

— „Reflection in action“ ist die produktive und kreative Reaktion des kompetenten Praktikers auf Probleme und unerwartete Ereignisse der Praxis, für die das externe und implizite Wissen keine unmittelbare Lösung bietet. Der Praktiker tritt in eine reflexive Konversation mit der Situation, um neue Lösungen zu finden; er kann dabei neue Phänomene beobachten, neue Erkenntnisse gewinnen, neues Wissen generieren. Experten haben die Fähigkeit zu kreativem Denken – Grundlage für wichtige Entdeckungen und Entwicklungen. Dieser „Geist der Innovation“ war eine steile Quelle für den Fortschritt und die Korrektur ungeeigneter Routine; heute wird er jedoch durch überbordende Bürokratie, Formalisierung und Verrechtlichung zunehmend unterbunden [19, 26–28].

— Gestalterkennen ist das Erkennen der Ganzheit komplexer Beziehungen, unabhängig von ihren Teilen [29, 30]. Es spielt eine große Rolle bei der Generierung von Erfahrung, beim Bilden impliziten Wissens und beim Urteil der Könnner [23, 26, 31]. Bei der Analyse von überzeugenden klinischen Urteilen (z.B. Therapiewirksamkeit, Nebenwirkungen) lassen sich entsprechende Gestaltstrukturen erkennen, wobei mit der Komplexität der Gestaltbeziehung die Sicherheit des Urteils zunimmt – umgekehrt wie bei dem auf Kohortenvergleich sich gründenden statistischen Schließen [32, 33]. Auch in der Wissenschaft rückte der Stellenwert des geschulten Urteils und

die Rolle des Gestalterkennens immer stärker in den Vordergrund: Dem wissenschaftlichen Objektivitätsideal und der epistemischen Tugend im 18. Jahrhundert – der Naturweisheit des Gelehrten – folgte im 19. Jahrhundert das Ideal der mechanischen Objektivität durch eine Subjektbefreite maschinelle, standardisierte, „blindsehende“ Erkenntnis. Dies transformierte sich im 20. Jahrhundert in das Erkenntnisideal des geschulten Urteils des Experten, basierend auf Intuition, Selbstvertrauen und Erfahrung mittels Expertise und Gestalt-basiertem Erkennen [34].

### Künftige Forschung

Die zentrale Stellung des klinischen Urteils in der Medizin sollte sich auch durch eine verstärkte Repräsentation in der Forschung wieder spiegeln: seine erkenntnistheoretische Grundlage und seine Anwendungs- und Professionalisierungsmöglichkeit. Durch hochwertige Fallberichte, Einzelfallstudien und qualitative Forschung sollte das klinische Urteil für die allgemeine Erkenntnisgewinnung systematisch nutzbar gemacht werden. Kaum eine andere Beobachtungsmethode kann so viel patientennahe Information über den „point of care“ beisteuern. Außer für neue Therapien oder bislang unbekannte Nebenwirkungen sind ihre Publikation auch eine wichtige Quelle für neu entdeckte, oder außergewöhnlich auftretende oder seltene Erkrankungen, für komplexe Erkrankungssituationen, für individualisierte Behandlungen, für wichtige Aspekte, die sich aus der speziellen Kontextualisierung von Erkrankung und Therapie ergeben und für das Identifizieren bislang nicht oder nur ungenügend erfasster Probleme oder Chancen der Gesundheitsversorgung, die mit Kollegen oder anderen Mitgliedern des Gesundheitswesens kommuniziert werden sollen. Auch die Patientenperspektive lässt sich unmittelbar mit einbeziehen. Und schließlich sind interessanterweise gerade Fallberichte dasjenige Medium, dass neues Wissen generell am besten und eindrücklichsten vermitteln kann [36]. Gerade das verpflichtet zu hoher Qualität, Präzision und Transparenz.

Den Beitrag inklusive Literatur finden Sie unter [www.springer-medizin.de/gyn-und-geburtshilfe](http://www.springer-medizin.de/gyn-und-geburtshilfe).

### Dr. med. Gunver Sophia Kienle

IFAEMM – Institut für angewandte Erkenntnistheorie und medizinische Methodologie e.V.  
Universität Witten/Herdecke  
Zechenweg 6, 79111 Freiburg

### Psychosomatische Grundversorgung

#### Termine

15./16. September 2012 (Theorie)  
28.–30. September 2012 (verbale Intervention)

#### Ort

Private Akademie für Psychopädie,  
Germering/München

#### Informationen

Tel.: 089 847571; [www.derbolowsky.de](http://www.derbolowsky.de)

### Wissenschaftliche Fachtagung der NATUM im Rahmen des DGGG-Kongresses

#### Termin

12. Oktober 2012, 8.00–9.45 Uhr

#### Ort

München

#### Programm

unter [www.natum.de/fortbildung](http://www.natum.de/fortbildung)  
Tel.: 04264 837-4542  
E-Mail: [info@natum.de](mailto:info@natum.de)

### Ganzheitliche Gynäkologische Onkologie Modul A (Mammkarzinom)

#### Termin

26./27. Oktober 2012

#### Ort

Klinikum Coburg

#### Informationen

Tel.: 09561 22-7352  
E-Mail: [ibf-sekretariat@klinikum-coburg.de](mailto:ibf-sekretariat@klinikum-coburg.de)

### NATUM-Tag Baden-Baden im Rahmen der 46. Medizinischen Woche

#### Termin

4. November 2012, 9.00–12.30 Uhr

#### Ort

Kongresshaus Baden-Baden

#### Weitere Informationen

unter [www.medwoche.de](http://www.medwoche.de)  
oder [www.natum.de/fortbildung](http://www.natum.de/fortbildung)

### Ganzheitliche Gynäkologische Onkologie

#### Module A, B, C

#### Termine

2. März 2013  
25. Mai 2013  
28. September 2013

#### Ort

Universitätsfrauenklinik Essen

#### Informationen/Anmeldung

NATUM e.V. (s. links)  
[www.natum.de/ggo](http://www.natum.de/ggo)

## Literatur

- (1) Hoppe J-D. Mehr Vertrauen in die ärztliche Urteilskraft. *Dtsch Arztebl* 2005;102(14):943-5.
- (2) Downie RS, Macnaughton J. *Clinical Judgement. Evidence in Practice*. Oxford: University Press; 2000.
- (3) White S, Stancombe J. *Clinical Judgement in the Health and Welfare Professions*. Maidenhead, Philadelphia: Open University Press; 2003.
- (4) Montgomery K. *How doctors think: Clinical judgment and the practice of medicine*. Oxford University Press, USA; 2006.
- (5) Braude, H. D. *Intuition in medicine: A philosophical defense of clinical reasoning*. Chicago, London: The University of Chicago Press; 2012.
- (6) Royal College of Physicians. *Doctors in society: medical professionalism in a changing world. Report of a Working Party of the Royal College of Physicians of London*. London; 2005.
- (7) Sackett DL, Rosenberg WMC, Gray JAM, Haynes RB, Richardson WS. Evidence based medicine: what it is and what it isn't. *Br Med J* 1996;312:71-2.
- (8) Sackett D. Evidence-based medicine. *Semin Perinatol* 1997;21(1):3-5.
- (9) Kienle GS, Kiene H. Clinical Judgement and the Medical Profession. *J Eval Clin Pract* 2011; 17 (4): 621-7
- (10) Raine R, Sanderson C, Hutchings A, Carter S, Larkin K, Black N. An experimental study of determinants of group judgements in clinical guideline development. *Lancet* 2004;364:429-37.
- (11) Feinstein AR. *Clinical judgment*. Baltimore: The Williams & Wilkins Company; 1967.
- (12) Léauté-Labrèze C, de la Roque D, Hubiche T, Boralevi F, Thambo JB, Taïeb A. Propranolol for severe hemangiomas of infancy. *N Engl J Med* 2008;358(24):2649-51.
- (13) Lapeyraque AL, Malina M, Fremeaux-Bacchi V, Boppel T, Kirschfink M, Oualha M et al. Eculizumab in Severe Shiga-Toxin-Associated HUS. *New England Journal of Medicine* 2011 May 25;364(26):2561-3.
- (14) Aronson JK, Aronson. Adverse drug reactions and the role of case reports. Presented at „Celebrating case reports and stories in health care“ at the Royal College of Physicians, London, UK. 2009.
- (15) Tricoci P, Allen JM, Kramer JM, Califf RM, Smith Jr SC. Scientific evidence underlying the ACC/AHA clinical practice guidelines. *JAMA* 2009;301(8):831-41.
- (16) Hardin WD, Stylianos S, Lally KP. Evidence-based practice in pediatric surgery. *J Pediatr Surg* 1999;34(5):908-12.
- (17) Rousseau P. Evidence-based medicine: Show Me the Evidence! *Am J Hosp Palliat Care* 2009;26(1):5-7.
- (18) Broom A, Tovey P. *Therapeutic Pluralism. Exploring the experiences of cancer patients and professionals*. London, New York: Routledge; 2008.
- (19) Schön DA. *The Reflective Practitioner. How Professionals Think in Action*. New York: Basic Books; 1983.
- (20) Fish D, Coles C. *Developing professional judgement in health care*. Edinburgh: Butterworth-Heinemann; 2002.
- (21) Neuweg GH. *Könnerschaft und implizites Wissen*. 3. Auflage ed. Münster: Waxmann Verlag GmbH; 2004.
- (22) Ericsson KA, Charness N, Feltovich PJ, Hoffmann RR, (eds.). *The Cambridge Handbook of Expertise and Expert Performance*. Cambridge: Cambridge University Press; 2006.
- (23) Polanyi M. *The Tacit Dimension* (1966). Gloucester, Mass.: Peter Smith; 1983.
- (24) Dreyfus HL, Dreyfus SE. Expertise in real world contexts. *Organization Studies* 2005;26(5):779-92.
- (25) Henry SG. Recognizing tacit knowledge in medical epistemology. *Theor Med Bioeth* 2006;27:187-213.
- (26) Gruber H, Ziegler A, (Hrsg.). *Expertiseforschung*. Opladen: Westdeutscher Verlag; 1996.
- (27) Shaywitz DA, Ausiello DA. Preserving creativity in medicine. *PLoS Med* 2004;1(3):e34.
- (28) Horrobin DF. Effective clinical innovation: an ethical imperative. *Lancet* 2002;359:1857-8.
- (29) von Ehrenfels C. *Über Gestaltqualitäten*. *Vjschr-wissPh* 1890;14.
- (30) Wertheimer M. *Untersuchungen zur Lehre der Gestalt. Teil 1*. *Psychol Forsch* 1922;1:47-58.
- (31) Larkin J, McDermott J, Simon DP, Simon HA. Expert and novice performance in solving physics problems. *Science* 1980;208:1335-42.
- (32) Kiene H. Was ist Cognition-based Medicine? *Z ärztl Fortbild Qual Gesundh wes* 2005;99:301-6.
- (33) Kiene H. *Komplementäre Methodenlehre der klinischen Forschung. Cognition-based Medicine*. Berlin, Heidelberg, New York: Springer-Verlag; 2001.
- (34) Daston L, Galison P. *Objectivity*. New York: Zone Books; 2007.
- (35) Gabbay J, le May A. *Practice-based evidence for healthcare: Clinical mindlines*. Abingdon, New York: Routledge; 2010.