

Eigene klinische Forschung bei Ärzten und Therapeuten? Zur praxisbezogenen Entwicklung von Cognition-based Medicine

GUNVER S. KIENLE, PETER ANDERSSON, ERIK BAARS, HARALD J. HAMRE, JOHN MURPHY,
EMANUELA PORTALUPI, THOMAS SCHNEIDER, JANE SCHWAB, KATHRIN WODE, HELMUT KIENE

Eigene klinische Forschung bei Ärzten und Therapeuten?

Zur praxisbezogenen Entwicklung von Cognition-based Medicine

■ Zusammenfassung

Fallberichte haben eine zentrale Stellung bei der Beschreibung neuer Krankheiten und Therapieprinzipien, bei der Beschreibung individueller Therapiewirkungen und Nebenwirkungen, und bei der Darstellung des klinischen Blicks, der klinischen Reflexion und des individuellen klinischen Vorgehens. Sie stellen eine wesentliche Ergänzung zu klinischen Studien dar und bekommen zunehmend auch in der modernen wissenschaftlichen Medizin einen wichtigen Stand. Den Ärzten und Therapeuten fehlen aber oft die spezielle Ausbildung, die Fertigkeiten und der Freiraum für die Erstellung qualitativ hochwertiger Fallberichte oder Fallserien. Besondere Hilfen erscheinen nötig: Schulungen, Teamarbeit, Einführung in wissenschaftliche und publizistische Arbeitstechniken, Hilfe bei der Niederschrift des Artikels, finanzielle und sonstige infrastrukturelle Unterstützungen. Solcher Support könnte Ärzte bzw. Therapeuten in die Lage versetzen, Fallberichte auf wissenschaftlich gutem Niveau zu erstellen und zu publizieren. Entsprechende Schulung und konkrete Fallarbeit – Beschreibung der eigenen Beobachtungen, konstruktiver Fall-zentrierter Austausch mit Kollegen, Literaturübersicht – und auch generell die Befassung mit wissenschaftlichen Inhalten hat auch rückwirkend einen positiven Einfluss auf die eigene Patientenarbeit und ist somit eine Option zur Qualitätssicherung.

■ Schlüsselwörter

Fallberichte
Klinisches Urteil
Ausbildung

Individual clinical research done by physicians and therapists? Practice-related development of cognition-based medicine

■ Abstract

Case reports are important when describing new diagnoses and treatments, when describing individual therapeutic effects and side effects and when describing clinical reasoning and individual decision making. They are an important complement to clinical trials and are increasingly recognized in modern scientific medicine. Nevertheless, physicians and therapists often lack education, proficiency and spare time in order to be able to prepare high quality case reports or case series. Specific support is needed: training, team work, introduction into scientific and publication techniques, help with writing of the article, financial and other infrastructural support. This support could, in the future, enable physicians and therapists to publish case reports on a scientific level. Training and working on case reports—exact description of the own observation, constructive case-oriented discussion with colleagues, literature survey – and dealing with scientific principles in general has a positive influence backward on treating patients and is therefore a form of quality improvement.

■ Keywords

Case reports
Clinical judgement
education

Relevante Erkenntnisfortschritte in der Medizin erwartet man heute vorrangig von der experimentellen und klinischen Forschung. Bei Patienten soll zur Anwendung kommen, was im Labor entwickelt und sich dann in klinischen Studien gegenüber einer Vergleichsintervention als überlegen erwiesen hat. – Auch wenn niemand den segensreichen Verdienst und die Notwendigkeit klinischer Forschung ernsthaft anzweifeln könnte, ist ein alleiniger Erkenntnisverlass auf die statistische Epidemiologie verhängnisvoll für die Medizin, da viele segensreiche Maßnahmen gar nicht oder nur marginal oder nur verzerrt erforscht werden, da Gefahren übersehen werden und neue Potentiale unentdeckt bleiben können. Ohnehin täuscht man sich in der Hoffnung, dass die immanente Unsicherheit der ärztlichen Entscheidung durch eine klinische Studie tatsächlich genommen werden kann (1–4).

Den Gegenpol zur statistischen Epidemiologie bildet das gute klinische Urteil (5). Beide Pole sind notwendig und ergänzen sich. Dennoch wird gegenwärtig das klinische Urteil nur wenig estimiert, wenn nicht gar abschätzig verurteilt, und für Forschungszwecke im Sinne einer potentiell verlässlichen Erkenntnisquelle bislang kaum genutzt.

Dabei steht außer Frage, dass das individuelle Urteil in der Behandlung von Patienten – von der menschlichen Begegnung, über die Diagnosestellung, den Therapieentscheid und die weitere Verlaufsbeurteilung und auch bei der Beurteilung und Einordnung von Ergebnissen klinischer Forschung – unverzichtbar ist. Arzt und Therapeut erfassen, wie sich die Therapien in der Vielfalt der Realität bewähren, welche Probleme oder Schwierigkeiten auftauchen, wie die Therapien an die individuelle Situation des jeweiligen Patienten angepasst werden müssen, wo Lücken und Alternativen sind. Ärzte und Therapeuten sind täglich mit unerwarteten Situationen konfrontiert, deren gelungene kreative Lösungen auch von allgemeiner Relevanz sein können. Wichtige und oft unerwartete Beobachtungen können Ausgangspunkt werden für neue Therapien oder für die Neubewertung von alten Therapien. Ohnehin ist die ärztliche Erkenntnis eine ureigene Tätigkeit, die von einer distanzierten Rationalität – sei es der Epidemiologie, Statistik, Pharmakologie, Pharmazie – zwar wichtig ergänzt, nie aber ersetzt werden kann und soll, auch wenn sich das ärztliche Urteil natürlich in enger Auseinandersetzung mit wissenschaftlichen Erkenntnissen entwickelt (4–7).

Die drastische Verschärfung der gesetzlichen Vorgaben für klinische Forschung sind in erster Linie für die Sicherheit der Probanden und Patienten gedacht und zur Vorbeugung vor Missbrauch und Fälschung. Die Schattenseite ist jedoch, dass aufgrund des gewaltigen Zuwachses an Bürokratie und Kosten die klinischen Studien nun weitgehend eine Angelegenheit der zahlungskräftigen Industrie werden, während die Wissenschaftler-initiierte Forschung drastisch erschwert wurde und die Forschung auf Initiative des behandelnden Arztes zur Überprüfung der eigenen Erfahrungen praktisch nicht mehr möglich ist. Was dem Arzt oder Patienten

bleibt, ist die kluge, kritisch reflektierte und in den wissenschaftlichen Kontext gestellte Aufarbeitung seiner Erfahrungen und Beobachtung. Die Darstellungsform hierfür sind hochwertige Fallberichte und Fallserien.

Seit dem Aufstieg der klinischen Studie wurde der Fallbericht zwar einerseits als der „cornerstone of medical progress“ (8) angesehen, andererseits aber auch verächtlich als „anekdotisch“ oder als „least publishable unit in medical literature“ (9) abqualifiziert. Das führte nicht nur zu seinem Ansehensverlust, sondern es wurden auch die Erkenntnisprinzipien und die Verlässlichkeit des klinischen Urteils bislang nur wenig untersucht oder systematisch verbessert. Ein Grund liegt darin, dass *a priori* unterstellt wurde, dass das klinische Urteil ähnlich Schlüsse ziehe wie die Statistik, durch ein intuitives korrelatives Schließen, ein *post hoc ergo propter hoc* („danach, also deswegen“), und dass es damit *per se* immer fehleranfällig und der klinischen Studie weit unterlegen sei. Untersucht man jedoch Beispiele von guten Fallberichten (10, 11), so wird deutlich, dass nicht aufgrund solch simpler Assoziationen geurteilt wird, sondern aufgrund von Gestaltprinzipien. Ganz generell spielt das Gestaltprinzip in der Epistemologie der Wahrnehmung (12), des professionellen Urteils (13), des wissenschaftlichen Erkennens (14) und auch der wissenschaftlichen Konzeptbildung (15) eine zentrale Rolle. Implizit greifen auch Ärzte und Therapeuten auf Gestaltzusammenhänge zurück, wenn sie ein sicheres Urteil über einen Therapieverlauf im positiven (Wirksamkeit) oder im negativen Sinne (Nebenwirkungen) fällen (10, 11). Primär solche Fallberichte sind für die wissenschaftliche Aufarbeitung und Publikation – als Teil der *Cognition-based Medicine* (CBM) (10, 11, 16–19) – geeignet (oder auch hinsichtlich heilpädagogischer und landwirtschaftlicher Forschung (20, 21)).

Die betreffenden Gestaltprinzipien sind aus ihrer Natur heraus hoch komplex und deshalb zwar klassifizierbar, aber kaum schematisierbar. Von daher können überzeugende Therapieverläufe auch nicht schematisiert erfasst werden, sondern brauchen vor allem eine offene, präzise und komplexitätsfähige Wahrnehmungsfähigkeit, verbunden mit profundem klinischen Wissen und Erfahrung. Dies fällt in der Hektik des medizinischen Alltags meist nicht leicht. Noch schwerer erweist sich die anschließende transparente Beschreibung für ein wissenschaftlich orientiertes Publikum, das weder den Patienten gesehen hat, noch notwendigerweise mit der angewandten Diagnostik und Therapie und allgemein dem Krankheitsbild vertraut ist, und sich aber trotzdem aufgrund der Beschreibung ein eigenes Urteil bilden möchte.

Aus diesen Gründen wird versucht, Ärzten und Therapeuten systematisch Hilfen hierfür zu geben und unterstützende Strukturen aufzubauen. Die alltägliche praktische Behandlung von Patienten lässt oft wenig Raum und ermöglicht kaum Routine zur wissenschaftlich informativen und distanzierten Sichtweise und Beschreibung. Sollen Praktiker dennoch in den medizinischen Wissensfortschritt eingebunden werden, so könn-

ten sich Schulungen, kontinuierlicher Austausch und bestimmte infrastrukturelle Hilfen als notwendig erweisen. Über erste Erfahrungen damit soll im Folgenden berichtet werden:

Cognition-based Medicine-Kurse für Ärzte und Therapeuten

Kurse zur CBM-orientierten Fallberichterstellung wurden in der Vergangenheit in der Schweiz, in Schweden, in den Niederlanden, in Italien und in Deutschland durchgeführt. Um den praktischen Schwerpunkt zu ermöglichen, werden den Teilnehmern vorab Kursmaterialien zugeschickt, so dass sie sich inhaltlich in die Thematik einlesen und Fallberichte aus der eigenen Praxis aufbereiten. In den Kursen wird in kleinen Arbeitsgruppen an Fallberichten gearbeitet, die in einem ersten Schritt anhand von CBM-Prinzipien weiter aufgearbeitet werden, in einem zweiten Schritt dann in Hinblick auf eine Publikation – Verbesserung und Vervollständigung der Darstellungsweise, Identifikation der wichtigsten zu präsentierenden Information, Aufspüren von Fallstricken und Irrtumsmöglichkeiten – bearbeitet werden. Generell entsteht der Fallbericht hierbei vom Gesamturteil ausgehend und wird dann in die Details untergliedert – und nicht ausgehend von dokumentierten Einzelinformationen, die zu einem Gesamtbild zusammengestellt werden. Die Ergebnisse werden der gesamten Gruppe präsentiert und dann diskutiert. Theorie wird allgemein eher kurz gehalten und primär zur Unterstützung der Fallberichtsarbeit eingestreut. Entscheidend sind insgesamt die eigenaktive Arbeit an eigenen Fallberichten sowie der intensive Austausch in kleinen und größeren Gruppen. Dieser Austausch wurde als ausgesprochen fruchtbar empfunden und seine Fortsetzung gewünscht. Um diesen Wunsch zu unterstützen, wurde über zwei Jahre ein CBM-Internetforum angeboten, in dem sich Teilnehmer in verschiedenen Gruppen weiter austauschen und auch Informationen herunterladen oder selber anbieten konnten. Ein größeres Kursprojekt wurde in Järna in Schweden durchgeführt, mit den zwei primären Zielen: Es sollten publikationsfähige Arbeiten entstehen und Schwierigkeiten bei dieser Erstellung von Fallberichten mit entsprechenden Lösungsstrategien aufgezeigt werden. Dafür wurden ein Kurs und ein Aufbaukurs durchgeführt, mit einer intensiven methodologischen Betreuung in der Zwischenzeit, um den Teilnehmern eine eigene Erstellung guter Fallberichte zu ermöglichen; Rückmeldungen der Teilnehmer wurden systematisch in Form freier Wortmeldungen als auch in Fragebogenform erfasst, das Ergebnis wird im Folgenden präsentiert.

Erfahrungen mit CBM aus Sicht teilnehmender Ärzte und Therapeuten

Ärzte und Therapeuten besuchen die Kurse, insbesondere um die Fallberichterstellung zu erlernen, aus generellem Interesse an CBM, um die eigenen wissenschaftlichen Fähigkeiten zu verbessern, eine eigene wissenschaftliche Kompetenz aufzubauen und um die Brückenbildung zwischen wissenschaftlicher Forschung und praktischer Anthroposophischer Medizin zu stärken.

Die Vorab-Beschäftigung mit dem zugesandten Material wird als sehr hilfreich erachtet, es ermöglicht eine frühe Orientierung mit der Methode der Fallberichterstellung und eine erste Vertrautheit mit der methodologischen Begrifflichkeit. Insbesondere als sehr hilfreich erweist sich die gemeinsame praktische, interaktive und interdisziplinäre Arbeit an den Fallberichten, die oft schon in der ersten Vorbereitungsphase beginnt, der Austausch und die gute Kooperation im Team, das Wechseln zwischen Theorie, Praxis und Diskussion, das genaue Besprechen einzelner Punkte und die offene und konstruktive Atmosphäre. So erweist sich die Kursarbeit nicht nur als Ausbildung für eine bestimmte Technik der Publikation, sondern auch als ein Ort der gemeinsamen Fallbesprechungen, des Gedankenaustausches; für manche Ärzte und Therapeuten besteht eine hohe Hemmschwelle, die eigenen Erfahrungen bis zur Publikation zu präzisieren und aufzubereiten und sie dann der Öffentlichkeit zu präsentieren; eine Hemmschwelle, die auch bei konventionell arbeitenden niedergelassenen Ärzten weit verbreitet ist und den Herausgebern von internationalen medizinischen, Fallbericht-zentrierten Zeitschriften Kopfzerbrechen bereitet (22).

Ein Vorteil für die eigene praktische medizinische Tätigkeit wird darin gesehen, dass die eigene Arbeit besser eingeschätzt wird, die eigene Beobachtungsfähigkeit geschärft und in Worte gefasst wird, dass Austausch mit Kollegen stattfindet und wissenschaftliche Denkweisen besser verstanden werden. Auch die Qualität der täglichen Dokumentation und des Fragen-Stellens verändert und verbessert sich. Ferner kristallisiert sich ein Unterschied zwischen ärztlicher und wissenschaftlicher Tätigkeit: Als Arzt oder Therapeut „weiß“ man einfach, ob eine Therapie geholfen hat oder nicht, als Wissenschaftler muss man das „Wissen“ anderen Menschen, die in einem bestimmten Kontext stehen, transparent darstellen. Pointiert gesagt: Der Arzt bzw. Therapeut handelt, der Wissenschaftler denkt. Dieses Reflektieren und Nachdenken ist aber wichtig, um ein guter Arzt zu werden und um die Fähigkeit des wirklichen Wissens und der genauen Beobachtung zu verbessern. Dabei stellen sich eine Reihe von Fragen und Themen, die weiter diskutiert werden sollten, da sie auch die Ausbildung zum Anthroposophischen Arzt und Therapeuten betreffen:

- Wie kann das „stille Wissen“ in die Forschung und wie kann die wissenschaftliche Fähigkeit in therapeutische Kräfte transformiert werden?
 - Ist die Herangehensweise an CBM-basierte Fallberichte prinzipiell verschieden für Therapeuten und Ärzte? Haben erstere vielleicht eher einen Zugang zu Kausalitätsindikatoren, während letztere ihre Beobachtung eher mit quantitativen Parametern (23) untermauern können?
- Wichtige Themen sind:
- Innere Klarheit in die Fallberichte bringen
 - Erlernen von Techniken (Literaturrecherche)
 - Praktische Hilfen (in Bezug auf wissenschaftliche Fragen und Methoden, bei der Literaturrecherche, Internetrecherche, englischen Sprache, beim Publikations-

und Peer-Review-Prozedere, praktische Anleitungen zur Fallberichterstellung, CBM und Dokumentation)

- Feedback
- Modellfallberichte (zur ärztlichen Behandlung, zur Kunsttherapie, zur therapeutischen Beratung)
- Diskussion von Fragen (Wie können komplexe Therapien evaluiert werden? Wie kann der Fall in den Kontext mit ähnlichen Fallberichten, ähnlichen Behandlungen, ähnlichen Verläufen gebracht werden?)
- Übung, Fertigstellung der Fallberichte bis zur Publikation
- Zeit und Kraft für diese Arbeit
- Enger Austausch mit Kollegen und Wissenschaftlern
Das Internetforum wurde hingegen als nicht wirklich hilfreich und notwendig angesehen; zum Ersten bestand meist persönlicher Kontakt zu Kollegen, zum Zweiten war das Einhalten einer bestimmten Sprache dem vielsprachigen Teilnehmerkreis zu mühsam und zum Dritten hatten die meisten Teilnehmer im regelmäßigen Internetgebrauch keine Routine. Deshalb bestand eine Hürde gegenüber dem Forum.

Erfahrungen im Rückblick auf die konkrete Arbeit an publikationsfähigen CBM-Fallberichten:

Allgemeines:

- Man muss in sich selber den „kalten Forscherblick“ als Grundhaltung annehmen und vom Arzt- oder Ärztin-Sein mit seinem Hoffen und Bangen abspalten. Dies kann sich zunächst wie ein Verrat anfühlen, schmerzen und die größte Hürde sein. Später vereint sich beides aber wieder und beeinflusst die praktische Tätigkeit positiv: Manch ein Patient wirkt erleichtert, wenn nicht jede Verbesserung oder Veränderung als Therapie-Erfolg gewertet wird, sondern ruhig und sachlich angeschaut werden kann. Dies schafft Vertrauen und Kompetenz auf beiden Seiten und verhilft zu einer besseren ärztlichen Tätigkeit.
- Daran denken, dass man keine Wundergeschichte schreibt. Ein unvoreingenommener Blick eröffnet neue Perspektiven.
- Absolute Ehrlichkeit ist notwendig. Nichts darf geschönt werden. Absolute Priorität gilt der Neugier und dem Wissenwollen. Es darf innerlich nie darum gehen, sich selber oder die eingesetzte Therapie beweisen zu wollen.

Zeitliche Valenzen:

- Zentral ist für die Arbeit, dass man eine gewisse zusammenhängende Zeit an dem Fallbericht arbeiten kann, z. B. drei Tage am Stück für die erste Rohfassung, im weiteren Verlauf mehrfach zwei Tage am Stück für weitere Versionen.
Arbeitstechnik:
- Man darf sich zu Beginn nicht an Details aufhalten, sondern muss sich eine grobe Artikelstruktur zu rechtzulegen, in die der Text eingefüllt werden kann.
- Eventuell sollte eine zweite Person die erste Rohfassung schreiben.
- Einfache simple Sätze verwenden, nichts doppelt schreiben, auch wenn dies verbalen Kommunikationsgewohnheiten widerspricht.

- Essentiell ist ein naher Kontakt zu jemandem, der schon publiziert hat; günstig sind feste Treffen, z. B. einmal pro Woche. Man muss Zuspruch dahingehend bekommen, dass die verschiedenen, insbesondere die selbstkritischen und frustrierten Phasen normal sind und vorübergehen.
- Zu Beginn soll man sich keine Limitierungen durch die Sprache auferlegen, man kann auch mehrsprachig schreiben, wenn das hilft.
- Man sollte die Literatursuche in Medline/PubMed erlernen.
- Man benötigt ein verlässliches Literaturverwaltungsprogramm (z. B. EndNote oder Reference Manager).
- Alle Personen, die am Artikel beteiligt sind, müssen immer alle Stadien des Artikels und sämtliche Korrespondenz erhalten (z. B. als „cc“ im Mail).
- Es ist besser am Computer zu arbeiten, statt auf Papier.
- Alle verschiedenen Versionen mit Datum speichern.
- Wenn möglich, sollten nie mehrere Personen gleichzeitig an verschiedenen Orten an derselben Version arbeiten.
- Hilfen der Textverarbeitungsprogramme sollten erlernt werden (z. B. Änderungsmodus) wie auch die Anwendung digitaler Hilfen (z. B. digitale Wörterbücher und gute entsprechende Links).

Externe Hilfen:

- Zu Beginn der Arbeit sollte man jemandem mit Erfahrung im wissenschaftlichen Arbeiten den Fallbericht in groben Zügen darstellen, um eine Einschätzung zu bekommen, ob der Fallbericht für eine Publikation geeignet ist.
- Günstig, ggf. auch notwendig, ist eine Hilfestellung für die Publikation: Wahl einer wissenschaftlichen Zeitschrift, Einreichung des Artikels und dazugehörige Korrespondenz.
- Ein *native speaker* sollte abschließend den Artikel überprüfen.
- Falls keiner der Autoren eine Spezialisierung in dem jeweiligen Fachbereich hat, sollte ein Spezialist des betreffenden Fachgebietes für eine Einschätzung, eine Deutung, und ggf. eine Korrektur der Fachausdrücke konsultiert werden.

Finanzierung:

- Für den zeitlichen Aufwand, Übersetzergebühren, Publikationsgebühren, eventuell Literatur, Experten-support.

Zukunftsperspektiven

Die Anthroposophische Medizin benötigt Investitionen in *Forschung und Entwicklung*; ein Prozess, wie er durch Stiftungen, Hersteller, anthroposophische Wissenschaftler und Mediziner derzeit schon auf den Weg gebracht wird. Da eine Forschungsmethodik allein den damit verbundenen Aufgaben aus methodischen, strukturellen und politischen Gründen nicht gerecht werden kann, benötigt man einen Methoden-Komplex, der sich ergänzt, sich aber nicht gegenseitig ersetzen kann: Hochwertige klinische Studien verschiedenen Designs

(wobei dies heute nur mit finanzkräftiger Unterstützung, entsprechender Infrastruktur und Fachkenntnis durchgeführt werden kann), Pharmakovigilanz (die bereits etabliert ist), und ein künftig breites Netzwerk an hochwertigen und aussagefähigen Fallberichten und Fallserien. Interessant ist in diesem Zusammenhang, dass auch in der konventionellen Medizin Fallberichte und Fallserien eine Renaissance erleben und zunehmende Wertschätzung erfahren. So werden spezielle Medline-gelistete Fachzeitschriften für Fallberichte gegründet, es wird ein Cases Network entwickelt, in dem nicht nur in großer Menge Fallberichte gesammelt, sondern auch leicht suchbar und zugänglich für Kliniker gemacht werden soll, und es werden Fallberichte in speziellen Kongressen mit hochrangigen Vertretern der wissenschaftlichen Medizin „gefeiert“ (22). Jedoch ist auch hier deutlich, dass es Ärzten und Therapeuten, die nicht in der Publikation wissenschaftlicher Artikel geschult und routiniert sind, oft schwerfällt, Fallberichte zu erstellen und dass diese Hürde abgebaut werden muss. Auch wenn Fallberichte und Fallserien mit einem im Vergleich zu klinischen Studien deutlich geringerem Aufwand erstellt werden können, benötigen sie dennoch spezielle Expertise und Erfahrung wie auch eine entsprechende Infrastruktur, damit die Fallberichte letztlich eine gute Qualität erreichen.

Mittelfristige Entwicklungen

Sämtliche klinische Forschung braucht Zeit und Ressourcen, sowohl in Form von Kompetenz als auch finanziell. Forschungs- und Entwicklungsbudgets in der Anthroposophischen Medizin sollten Cognition-based Medicine und Fallberichterstellungen unterstützen. In den Institutionen ist langfristig eine interne Forschungs- und Entwicklungskompetenz notwendig.

Entsprechende CBM-Ausbildungen sollten, wie die übrige Forschung und Entwicklung, in die Einrichtungen integriert werden, mit internen Seminaren, Vorträgen, Berichten in Mitarbeiterversammlungen. Dies ist neben dem Beitrag zur Forschung auch eine Form der Qualitätsentwicklung (continuous improvement) und kann beitragen, eine positiv-kritische Verbesserungskultur zu schaffen und Ergebnisse zu verbessern. Für eine qualitativ hochwertige Erstellung von Fallberichten benötigen Ärzte und Therapeuten:

- Schulungen
- Systematischen Austausch mit Kollegen
- Methodischen Support, ein Handbuch mit konkreten Anleitungen und verschiedenen Modellfallberichten
- Eventuell dokumentarische Anleitungen, krankheits- und indikationsspezifisch
- Praktische und rasch verfügbare Unterstützung in Beschreibungs- und Publikationsfragen
- Einweisung in Techniken (PubMed Recherche, Textverarbeitungsprogramm, Internetressourcen)
- Fachärztliche Beratung
- Struktur für die Arbeit
- Freiräume und finanzielle Unterstützung
- Ggf. konkrete, weitreichende Unterstützung bei der Erstellung der ersten Fallberichte.

Diese anvisierte und sukzessive zu entwickelnde Infrastruktur und Unterstützungskultur muss auf Seiten der Ärzte und Therapeuten eine solide Verbindlichkeit zu Qualität und verlässlicher Fertigstellung treffen.

Danksagung

Wir danken herzlich folgenden Sponsoren für eine großzügige finanzielle Unterstützung: Christopherus Stiftungsfond, Mahle-Stiftung, Software-AG-Stiftung, Vidarkliniken, Vidarstiftelsen, Hauschka-Stiftung, Weleda AG, Zukunftsstiftung Gesundheit, Verein für Krebsforschung. Wir danken der Vidarklinik in Järna, der ARESMA (Associazione di ricerche e studi per la medicina antroposofica) in Mailand und dem IBAM (Integriertes Begleitstudium Anthroposophische Medizin) in Witten/ Herdecke für die hervorragende Organisation der Kurse.

Dr. med. Gunver S. Kienle

*Institut für angewandte Erkenntnistheorie
und medizinische Methodologie e. V.*

Zeichenweg 6, D-79111 Freiburg

Tel. 07 61/453 41 87, Fax 07 61/156 03 06

gunver.kienle@ifamm.de

www.ifaemm.de

Literatur

- 1 Kienle GS, Karutz M, Matthes H, Matthiessen PF, Petersen P, Kiene H. Evidenzbasierte Medizin: Konkurs der ärztlichen Urteilskraft? Deutsches Ärzteblatt 2003; 100: C1688–C1692
- 2 Kienle GS. Gibt es Gründe für Pluralistische Evaluationsmodelle? Limitationen der Randomisierten Klinischen Studie. Z ärztl Fortbild Qual Gesundh wes 2005; 99: 289–294
- 3 Armstrong D. Professionalism, indeterminacy and the EBM project. BioSocieties 2007; 2: 84
- 4 Kienle GS: Evidenzbasierte Medizin und ärztliche Therapiefreiheit – Vom Durchschnitt zum Individuum. Deutsches Ärzteblatt 2008; 105: A 1381–A 1384
- 5 Kienle GS, Kiene H. Die Bedeutung klinischer Erfahrung und individueller Therapiebeurteilung. Der Merkurstab 2009; 62 (4): 406–410
- 6 Matthiessen PF. Der diagnostisch-therapeutische Prozess als Problem der Einzelfallforschung. Der Merkurstab 2004; 57 (1): 2–14
- 7 Girke M. Patient-Arzt-Beziehung. Bundesgesundheitsbl - Gesundheitsforsch - Gesundheitsschutz 2007; 9: 1128–1132
- 8 Vandenbroucke JP. In defense of case reports and case series. Ann Intern Med 2001; 134: 330–334
- 9 Grimes DA, Schulz KF. Descriptive studies: what they can and cannot do. Lancet 2002; 359: 145–149
- 10 Kiene H. Komplementäre Methodenlehre der klinischen Forschung. Cognition-based Medicine. Berlin, Heidelberg, New York: Springer-Verlag, 2001
- 11 Kiene H. Was ist Cognition-based Medicine? Z ärztl Fortbild Qual Gesundh wes 2005; 99: 301–306
- 12 Ash MG, Woodward WR. Gestalt Psychology in German Culture, 1890–1967: Holism and the Quest for Objectivity. Cambridge: Cambridge University Press, 1998
- 13 Neuweg GH. Könnerschaft und implizites Wissen. Münster: Waxmann Verlag GmbH, 2004
- 14 Daston L, Galison P: Objectivity. New York: Zone Books, 2007
- 15 Brown TL: Making Truth. Urbana, Chicago: University of Illinois Press; 2008
- 16 Kiene H: Evidence based medicine—cognition based medicine. Geistesgeschichtliche Hintergründe und Werdegang der Paradigmen. Der Merkurstab 1998; 51: 123–131
- 17 Baars E, van der Hart O, Glas G: New casuistic outcome methodology for Complex PTSD therapy processes. Proceedings 18th Annual Meeting International Society for Traumatic Stress Studies, Baltimore 2002; 57
- 18 Wode K, Schneider T, Lundberg I, Kienle GS. Mistletoe treatment in cancer-related fatigue: a case report. Cases Journal 2009; 2: 77
- 19 Schwab J, Murphy J, Andersson P, Kienle GS, Kiene H. Eurythmy therapy in anxiety—a case report. In Vorbereitung 2009
- 20 Baars E, Baars T. Casuistic (outcome) research and pattern recognition. In: Reconciling scientific approaches for organic farming research. Proefschrift. Edited by Baars T. Louis Bolk Instituut, Driebergen, Wageningen Universiteit, 2002
- 21 Baars E. Heilpädagogik als angewandte Erfahrungswissenschaft. In: Kompendium der Anthroposophischen Heilpädagogik. Edited by Grimm R, Kaschubowski G. München, Ernst Reinhardt Verlag; 2008: 85–104
- 22 Celebrating Case Reports. A special academic meeting hosted by the Cases Network. 15th May 2009, Royal College of Physicians; London, UK.
- 23 Kienle GS, Kiene H. Methodik der Einzelfallbeschreibung. Der Merkurstab 2009; 62 (3): 239–242