

körper-Trümmerbrüche spätestens nach drei Monaten schmerzfrei sein können und andere nach banalen Rückenprellungen jahrelang nicht mehr, kann man nachvollziehen, dass Pathogenetiker manchmal an den Rand der Verzweiflung geraten. Ihre Weltordnung liesse sich aber mit einem mutigen Gedankensprung wiederherstellen. Chronifizierte Schmerzen als Ausdruck einer subjektiven Erlebnisqualität lassen sich durchaus von der eigentlichen Einschätzung der Organschädigung trennen und separat als sensorische Schädigung (Sensory impairment) bewerten und auf die gleiche Ebene nebenan stellen.

Um die sensorische Schädigung bestimmen zu können, ist die Betrachtung der Ebene Gesellschaft unerlässlich, einerseits mit Bezug auf die Lebensbiographie des Patienten, andererseits auf die jeweilige Situation hinsichtlich sozialer Integration, ökonomischer Eigenständigkeit, Orientierung und selbständiger Mobilität. Es zeigt sich immer wieder, dass familiäre, juristische und gesellschaftliche Rehabilitationshindernisse (dürftige Schulbildung und Sprachkenntnisse, kurzfristige Aufenthaltsbewilligungen, Arbeitsmarktsituation, familiäre Zerrüttung usw.) oder eine Fremdschuld bei Unfällen eine bedeutungsvolle, krankmachende Wirkung entfalten, welche unter dem Begriff psychosoziale Resistenzlage zusammengefasst werden kann. Diese ist ein Ausdruck der Fähigkeit, mit welcher ein Schädigungsträger mit der Schädigung umgeht (man spricht auch von der Resistenz des Wirtes), und ist zu unterscheiden von der «Virulenz des Erregers», d. h. vom Schädigungsgrad selbst. Wer sich auf das kausale Krankheitsmodell mit der verhängnisvollen ICD-Codierungssprache beschränkt, macht wortwörtlich die Rechnung ohne den Wirt und dürfte somit in der ICD-Sackgasse scheitern.

Nicht mehr fern liegt der Gedanke, dass das, was zurzeit im Gesundheitswesen abläuft, einer Medikalisation des Sozialwesens gleichkommt. Die Medizin wird diese Rolle nicht mehr lange spielen wollen und den Schwarzen Peter mit guten Argumenten eines Tages der Gesellschaft zurückspielen, welche von ihr noch zuviel Newton-Galileische Wundertaten erwartet.

**Dialog der Denkmodelle**

Im Rahmen des angelaufenen Dialogs der beiden Denkmodelle sind bereits einige klinische Arbeiten vorgelegt worden, welche z. B. nachzuweisen vermögen, dass bei sprunggelenknahen Frakturen oder bei Fersenbeinbrüchen vordergründig der Schweregrad des Unfalles sowie die sozioökonomische Situation und nicht die Röntgenbilder mit der Dokumentation der Organwiederherstellung für die Heilungsprognosen von Bedeutung sind. Derartige patienten- oder evidenzorientierte Resultatstudien erfordern den Einbezug aller drei ICDH-Ebenen, um die wichtige Resistenzlage des Wirts systematisch mit zu berücksichtigen. Es wird noch einige Anstrengungen in Medizin und Gesellschaft erfordern, um das am Unbelebten geschulte kausale Denken in die Semiotik des Belebten zu integrieren. Sicher ist, dass gerade die chirurgisch Tätigen weiterhin auf das kausale Denkmodell angewiesen sein werden, speziell wenn sie gerade im Operationssaal tätig sind. Im Sprechzimmer, wo mit dem Patienten über einen möglichen operativen Eingriff diskutiert wird, kann jedoch auf das salutogenetische Denken nicht verzichtet werden.

Damit ist auch gesagt, dass ein vollständiger Paradigmenwechsel vom Pathogenetiker zum Salutogenetiker nur schon deshalb nicht zu erwarten ist, weil beide Extreme allein keine Überlebenschancen haben. Der «kybernetische Notfall» – wenn die natürliche permanente Wiederherstellung eines gesundheitlichen Gleichgewichts nicht mehr gelingt – dürfte immer wieder eintreten und ruft dann jeweils imperativ nach kausalem Handeln. Die Zuwendung zur Salutogenese darf auch nicht zu einem therapeutischen Nihilismus führen. Die Pathogenese andererseits kann angesichts des heutigen biowissenschaftlichen Verständnisses nicht den Anspruch auf Alleingültigkeit erheben. Der Dialog ist unter dem ideologieneutralen Schiedsgericht der Evidence-based Medicine abzuwickeln, welches nur darüber zu befinden hat, was dem Kranken als Individuum letztlich nützt.

Hippokrates möge den Ärzten und Ärztinnen, welche sich nicht nur mit den Krankheiten, sondern auch mit den Kranken zu befassen haben, weiterhin zu Gevatter stehen, wenn es darum geht, die heute notwendigen Erkenntnisprozesse durchzustehen. Leider ist zu befürchten, dass einige Rationierer, welche den Unterschied zwischen Krankheit und Kranksein noch nicht verstanden haben, bereits emsig am Werk sind, mit undurchdachten Massnahmen und Dilettantismus Störfelder aufzubauen, wobei Dilettantismus durchaus so aufgefasst werden kann, wie es Bert Brecht formuliert hat: «Das Gegenteil von gut ist nicht böse, sondern gut gemeint.» Die Kranken werden für eine Denkpause dankbar sein.



Ein gesundes Organ macht noch keinen gesunden Menschen. (Bild key)

**Die Maximalmedizin steckt in der Sackgasse**

*Der Verzicht auf eine Behandlung kann durchaus die bestmögliche Behandlung sein*

Von Johannes G. Schmidt\*

Die Beurteilung der Wirksamkeit und Nützlichkeit von Medizin erfährt heute einen markanten Wandel. Bisher galt eine medizinische Massnahme als wirksam, wenn im Labor oder mit Untersuchungsgeräten eine physiologisch günstige Veränderung gemessen werden konnte. Evidenz für einen effektiven therapeutischen Nutzen besteht aber erst dann, wenn das Leiden des Patienten nachweislich verringert und die Lebensqualität insgesamt verbessert wird. Aus dieser Sicht sind nicht wenige Behandlungen überflüssig oder gar schädlich.

Die wissenschaftliche Qualität von Medizin misst sich heute nicht mehr an der naturwissenschaftlichen Erklärbarkeit oder an Laborergebnissen, sondern an der Sorgfalt der Beobachtungen, mit welchen Wirksamkeit und Patientennutzen einer bestimmten Behandlung dokumentiert worden sind. Dabei ist die wissenschaftlich «primitive» Information – etwa über die Fähigkeit eines Patienten, sich im Alltag zurechtzufinden – meist aussagekräftiger als apparative Befunde und Messergebnisse.

In dieser Hinsicht war einer der Meilensteine in der Veränderung des medizinischen Denkens die Cast-Studie. Diese hatte ergeben, dass eine medikamentöse Kontrolle von Herzrhythmusstörungen zwar die EKG verschönert, aber zu einer Verdreifachung der Todesfälle führt. Damit wurde dramatisch aufgezeigt, wie sehr pathophysiologische Überlegungen in die Irre führen können. Solche «Surrogat-Trugschluss» genannte Irrtümer sind in der Medizin heute noch sehr weit verbreitet: In der «neuen Schulmedizin» mit ihren heutigen Evidenz-Regeln, von der hier die Rede ist, wird davon ausgegangen, dass über 95 Prozent der medizinischen Massnahmen nicht sicher nützlich sind oder sogar schaden können.

Ärzte schliessen sich vorwiegend zwar immer noch der institutionellen Sicherheit von Noch-Mehrheitsmeinungen unter der Führung der im alten Denken verhafteten Universitäten an. Eine wachsende Minderheit hat indessen begonnen, sich ein minimales Grundwissen in klinischer Epidemiologie anzueignen, das dazu verhilft, zwischen Wissen, das solide gesichert ist, und Wissen, das auch falsch sein könnte, unterscheiden zu können. Für die Praxis besonders wichtig sind da-

bei die einfachen Grundlagen, mit denen man echt nützliche Therapien mit einer relevanten Wirkung unterscheiden kann von solchen, die gerade in einem von hundert oder tausend Fällen dem Patienten einmal einen Nutzen bringen und damit fakultativ oder irrelevant werden. Bisher hatte der Arzt gelernt, alles zu tun, was «wirkt» – dass dies oft für Patienten gar nicht hilfreich war und deshalb dem Patienten keinen Nutzen brachte, haben die neuen Instrumente der klinischen Forschung an einer zunehmenden und nicht mehr zu übersehenden Zahl von Beispielen gezeigt.

Für die in die Sackgasse geratene «Maximalmedizin» besonders wichtig ist ein aufklärerisches Ringen um einen vernünftigen und durchdachten Umgang mit dem «böartigen» Krebs, wo uns die Impulse der Evidence-based Medicine, der «neuen Schulmedizin», heute gute Chancen bieten. Bei Krebs herrscht offenbar ein kultureller Reflex ähnlich der kirchlichen Ausgrenzung des Teufels (der ja auch Teil der Schöpfung ist); dabei sind sorgfältige biologische Beobachtung und wissenschaftliches Denken allzu lange auf der Strecke geblieben. Die heutige Diagnose «Krebs» unterscheidet sich sehr deutlich von der historischen Erfahrung einer sichtbaren, unheilbaren und tödlichen Krankheit, denn nicht mehr dieses klinische Bild, sondern das histologische Ergebnis macht heute die Diagnose aus.

**Umstrittene Brustkrebs-Prävention**

Wir wissen etwa aus Autopsie-Studien, dass nur ein Siebtel der Fälle mit maligner Brustdrüsenveränderung zum Tod führt, und nur in einem Drittel der Fälle entsteht überhaupt eine erkennbare Krankheit. Durch technische Verbesserungen der Früherkennung nahm die Zahl der «gefundenen» Brustkrebsfälle merklich zu, was einer erstaunlich naiven modernen Gesellschaft «Beweis» war, dass sich die Krebsprognose durch Früherkennung verbessern lässt. Der gutgemeinte medizinische Aktivismus hatte dazu geführt, dass früher lebenslanglich stumme Krebsveränderungen zu Krankheitsfällen wurden, was die Therapiestatistiken vermeintlich verbesserte. Die klinische Epidemiologie spricht vom Fehlschluss des «overdiagnosis bias». Gleiches geschieht ohne

Nutzen in den Hautkrebs-Kampagnen. Nur gerade beim Prostatakrebs hat die Medizin inzwischen nachgegeben und grundsätzlich die Sinnlosigkeit der Früherkennung eingestanden.

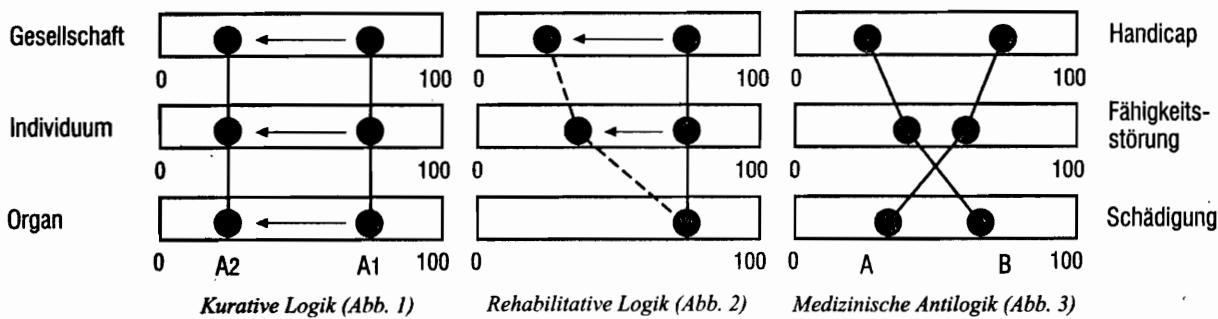
Erst heute wissen wir aus grossen Studien, dass die lokale Brustkrebs-Eradikation (radikales Operieren oder Bestrahlen) auf die Sterberate keine Wirkung hat. Ob der Verzicht auf die «kleine» Operation – früher undenkbar, heute zur Regel geworden – die Prognose überhaupt verschlechtern würde, ist nicht bekannt. In ihrer Wirksamkeit gut belegt ist hingegen die an die Operation anschliessende Chemotherapie. Doch wer sagt den Patientinnen, dass dadurch ihre 10-Jahres-Überlebenschance absolut kaum relevant verändert wird? Brustkrebspatientinnen (ohne Lymphknotenbefall) überleben in 63 Prozent ohne Chemotherapie, in 67 Prozent mit Chemotherapie – statistisch zwar signifikant, doch hat dieser Unterschied eine klinische Bedeutung?

**Verhandeln statt behandeln**

Schon weit nützlicher erscheint seelische Arbeit (die möglicherweise über eine Immunstimulation vor sich geht). Unterstützungsgruppen, in welchen neben meditativen Techniken und verstärkten sozialen Beziehungen die Auseinandersetzung mit dem Sinn der Krankheit eine Rolle spielte, haben in einer randomisiert kontrollierten Studie beim fortgeschrittenen Mammakarzinom eine derartige Wirkung gezeigt, dass sich die durchschnittliche Überlebenszeit verdoppelte; die Überlebenszeit betrug 3 Jahre bei Krankheitsverarbeitung durch Unterstützungsgruppen, aber nur 18 Monate bei üblicher onkologischer Behandlung allein. In ihrer «Wirksamkeit» gut belegt ist schliesslich auch die Früherkennung mittels Bruststrahlungen. Doch wer sagt den Frauen, dass die Wirkung dieser Massnahme so gering ist, dass sie mit dem Verzicht auf das Autofahren ihr Sterberisiko rund fünfmal mehr senken könnten als mit der Mammographie-Früherkennung? Die «neue Schulmedizin» zeigt auf, dass sogenannte «absolute Risiken» (ein verhäuteter Todesfall bei 1000 Frauen in 10 Jahren) die entscheidende Information ausmachen, während die in der Medizinpropaganda üblichen «relativen Risiken» (25 Prozent weniger Krebstodesfälle) leicht irreführen.

Wenn der Nutzen medizinischer Interventionen zu gering ist, um klinische Relevanz zu haben, oder wenn der Nutzen undurchdacht oder unklar ist oder auf unzulänglichen Studien fusst, könnte der mit dem Patienten ausgehandelte Verzicht auf solche Massnahmen die grosse Leistung der Medizin in den nächsten Jahrzehnten sein. Professionalität verlangt, dass wir Ärzte wie ein Steuermann über der Sache stehen und uns nicht so leichtgläubig wie andere den verdrängerischen Illusionen über die Wirkung medizinischer Massnahmen hingeben. Menschliche Reifeprozesse im Angesicht von Krankheit und Vergänglichkeit sind eine Behandlungsmöglichkeit, die immer in Betracht zu ziehen ist.

**Heilungsmodelle auf Grund der ICDH-Klassifikation**



\* Der Verfasser ist Arzt, Allgemeinpraktiker und Leiter des Instituts für klinische Epidemiologie in Einsiedeln sowie Präsident der Stiftung «Paracelsus Heute».