

Johannes G. Schmidt

Allgemeinmedizin, Altchinesische Medizin, Klinische Epidemiologie

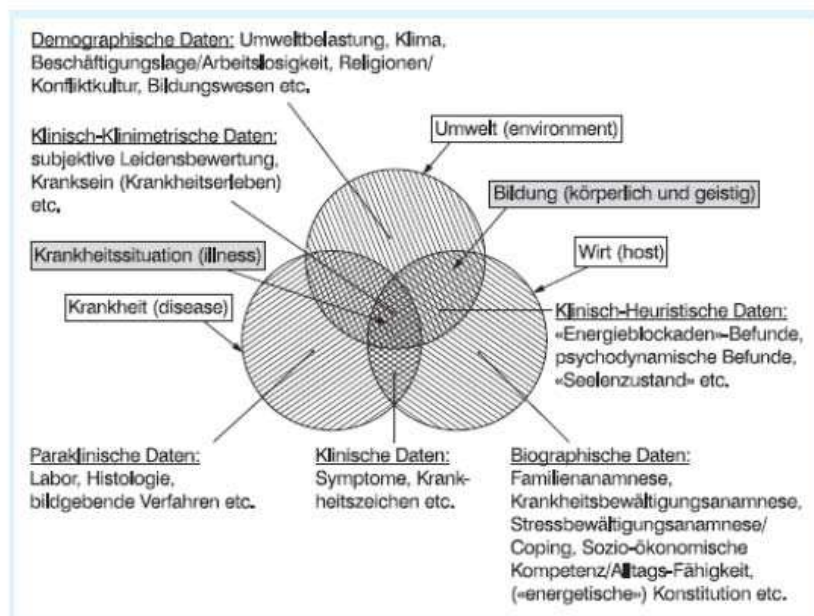
Stiftung Paracelsus heute

schmidt@paracelsus-heute.ch

Wirksame Krankheitsprävention ist keine Evidenz für Gesundheit – Über den Patienten als Wirt seiner Krankheiten

Die moderne Medizin folgt nur einer Klassifikation der Krankheiten – alles dreht sich heute um Krankheiten und um die Bekämpfung von Krankheiten.

Kranksein/Krankheitssituation als Produkt von Krankheit (disease), Wirt (host) und Umwelt (environment)

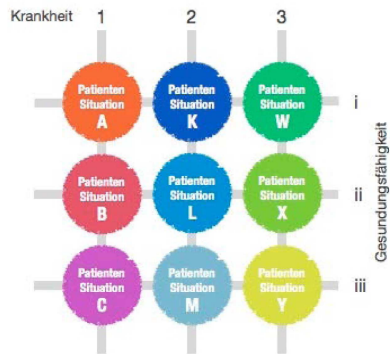


JG Schmidt. Forsch Komplementärmed 1998

Die entscheidenden Determinanten des Krankheitsgeschehens sind die Krankheit **und** der Wirt – oder etwas vollständiger: Krankheit, Wirt und Umwelt. Kranksein ist also nicht einfach Folge einer Krankheit, sondern das Resultat aus Krankheit und Wirtszustand. Deshalb ist man mit einer Krankheit nicht schon krank, und ohne Krankheit ist man nicht unbedingt gesund. Eine gute Medizin stellt Diagnosen nur dann und behandelt sie nur, wenn diese das wirkliche Problem des Patienten ausmachen. Bei der heute gängigen Praxis stellt sich aber oft die Frage, ob Diagnosen wirklich das relevante Problem anzeigen oder ob sie vielmehr nur zu unnötigen oder irrelevanten medizinischen Massnahme verleiten. Das ist vor allem bei der Präventivmedizin der Fall, aber auch bei den vielen sekundär- und tertiärpräventiven Massnahmen, mit denen man Krankheits-Komplikationen verhindern möchte. Die Hausarztmedizin wäre im Grunde das Spezialfach für den Patienten – für den ganzen Wirt –, das Spezialfach, das seine Aufmerksamkeit zu richten hat auf das Wechselspiel zwischen pathogenen und salutogenen Vorgängen.

Gängige Diagnosen gemäss der ICD-Klassifikation sind dementsprechend keine ausreichende Grundlage für das ärztliche Handeln.

Diagnose der Patientensituation aufgrund von Krankheit und Gesundungsfähigkeit

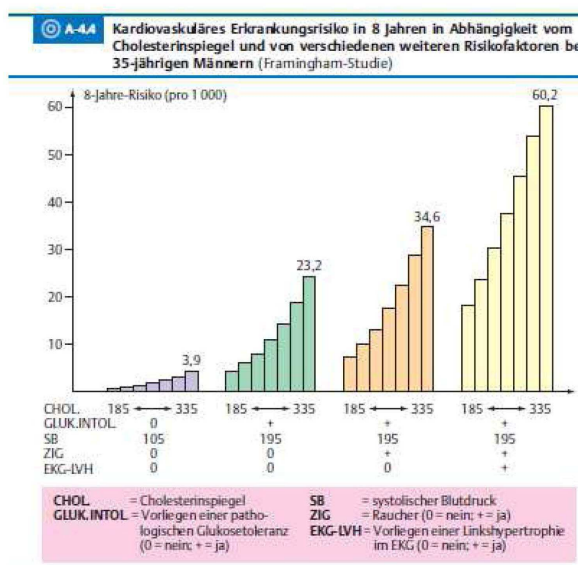


Jede Patientensituation hat eine eigene Geschichte und erfordert ein eigenes Vorgehen

Schematische Darstellung von Krankheit 1,2,3,..., Gesundungsfähigkeit i, ii, iii... und Patientensituation A,B,C,...

Wir brauchen eine Diagnose der Patientensituation, die genauso die Widerstandskräfte und das Gesundungsvermögen des Wirts erfasst wie pathologische Befunde. Wenn wir uns also die alte Logik des Wechselspiels zwischen Krankheit und Wirt, zwischen pathogenen Einflüssen und der salutogenen Reaktionsfähigkeit, zwischen degenerativen und regenerativen Kräften, vor Augen führen, dann wird uns wieder langsam klar, was wir in den letzten Jahrzehnten vergessen haben: Die Wirts-Widerstandskraft und nicht bloss die Krankheit entscheidet über Patientenverläufe. Bei der Tuberkulose zum Beispiel hat die Medizin noch vor 25 Jahren ein Bewusstsein über die Rolle des Wirts gehabt. Man hatte erkannt, dass nicht eine variierende Virulenz oder Bösartigkeit des Krankheits-Erregers die Verschiedenartigkeit klinischer Verläufe und den drastischen Rückgang der Tuberkulose erklären, sondern Unterschiede beim Wirt. Die Überwindung von Unterernährung und feucht-kalten Wohnverhältnissen hatten zum Rückgang geführt. Die Medizin kam bisweilen gar zum Schluss, dass eine Tuberkulose bei gesunden, symptomfreien Menschen am besten in Ruhe gelassen werden soll. Bei der Tuberkulose wurden in der Tat gutgemeinte, nutzlose präventive Massnahmen fallen gelassen. Wäre die Frage nach dem Wirt und Pathogen nicht vergessen gegangen, hätten sich inzwischen nicht derart viele präventivmedizinische Torheiten etablieren können, die man heute wieder mühsam abschaffen muss. Heute braucht es eine sogenannte Quartärprävention; das ist die Prävention iatrogenen Beeinträchtigungen wie Überdiagnose und Überbehandlung, also eine Prävention vor der Prävention.

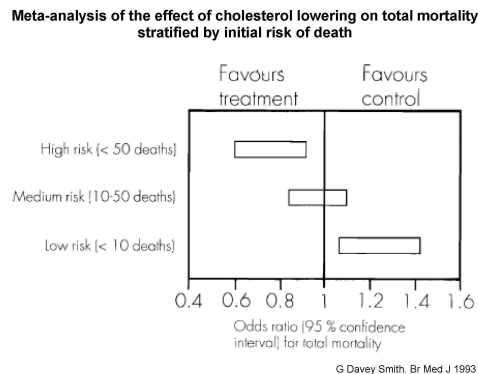
Schauen wir uns die Cholesteringeschichte an. Präventivmediziner und Lipidologen haben aus einem erhöhten Blutcholesterin eine behandlungsbedürftige Krankheit gemacht.



Framingham Study, Ann Intern Med 1979

Wenn wir diese Zahlen aus der legendären Framingham-Studie betrachten, erkennen wir sehr schnell, dass tiefe Cholesterinwerte ebenso zu einem Infarkt führen können und dass hohe Cholesterinwerte noch lange nicht zu einem Infarkt führen müssen. Die 35-jährigen Männer lassen sich gruppieren in solche, die keine Probleme haben (links) und solche, die einige Probleme haben (rechts). Beim

problemlosen Wirt macht das Bluthochdruck keinen wirklichen Unterschied auf das Infarktrisiko; beim Wirt, der auch Bluthochdruck, Diabetes und eine Links-Hypertrophie hat und Raucher ist, da macht das Cholesterin einen viel grösseren Unterschied. Und wir sehen auch, dass ein hohes Cholesterin in der linken Gruppe kein echtes Problem darstellt, dass in der rechten Gruppe aber schon ein normales gegenüber einem tieferen Cholesterin einen grösseren Risiko-Unterschied bedeutet. Ob das Cholesterin eine Bedeutung hat, hängt vom Wirt ab. Ein gesunder Wirt hat mit einem sogenannten pathologischen Cholesterin kein Problem. Erst ein bereits erfolgter Infarkt oder die seltene Massierung von sämtlichen Risikofaktoren beim Herzgesunden zeigen, dass der Organismus ein Problem mit dem Cholesterin hat.



Die Primärprävention wurde lanciert, obwohl die vorhandenen Studienergebnisse im Jahr 1993 klar zeigten, dass dadurch die Gesamtsterblichkeit zunahm. Denn nur in der Wirtsgruppe, die sich durch ein sehr hohes Herztod-Risiko auszeichnete (oberster Balken), führte die Cholesterinsenkung zu einer Reduktion der Gesamtmortalität. In der Wirtsgruppe mit niedrigem Herztod-Risiko (unterer Balken), die zahlenmässig weitaus am grössten ist, bei der Primärprävention, hat die Cholesterinbehandlung die Mortalität erhöht. Wir haben also vor dem Aufkommen der Statine eine beträchtliche Zahl von gesunden Menschen mit einer sogenannten Primärprävention zu Tode gebracht – weil wir Krankheiten bekämpfen, ohne an den Wirt und seine variierende Regenerations-Fähigkeit zu denken.

Mit den Statinen haben wir inzwischen Mittel, die wenigstens die Mortalität nicht mehr erhöhen.

Cholesterinsenkung (Statine) und Gesamt-Mortalität, Primärprävention

Ray K et al. Arch Intern Med 2010					3.7 Jahre Follow-Up
	Teilnehmer	Gesamt-Sterbefälle	pro 1'000	pro 1'000 Jahre	
Statin	32'623	1'346	41	11	
Placebo	32'606	1'447	44	12	7% n.s.
Cochrane Collaboration 2013					ca. 5 Jahre Follow-Up
	Teilnehmer	Gesamt-Sterbefälle	pro 1'000	pro 1'000 Jahre	
Statin	24'408	1'077	44	9	
Placebo	23'652	1'223	52	10	15% sign.

Über diese Metaanalysen zur Primärprävention mit Statinen liesse sich ein akademischer Streit führen, ob die Mortalitätsreduktion statistisch signifikant ist oder nicht. Beide Metaanalysen zeigen übereinstimmend einen Unterschied von 1 Todesfall in 1'000 Behandlungsjahren. Wenn wir das Ganze praktisch betrachten, dann schauen wir auf das Wesentliche und sehen, dass man auch mit einem Statin stirbt – in 9 statt in 10 Fällen in 1'000 Behandlungsjahren. Und man sieht, dass man auch mit einem unbehandelten hohen Cholesterin überleben kann – in 90 statt in 91 Fällen in 1'000 Behandlungsjahren. Praktisch gesehen sind das keine Unterschiede. In Wirklichkeit gibt es auch gar keinen Grenzwert, der zwischen gesund und pathologisch unterscheidet. Ein wissenschaftliches *Medical Decision Making* hätte uns zeigen können, wie Grenzwerte, Sensitivität, Spezifität, falsch positive und falsch negative Zuordnungen funktionieren. Es hatte schon immer die Gefahr von Überdiagnose aufgezeigt und den Trugschluss bedrohlich wirkender Laborwerte relativiert. Das *Swiss Medical Board* hat 2014 denn auch befunden, die Behandlung hoher Cholesterinwerte bei Gesunden sollte unterbleiben; dafür seien normale Cholesterinwerte bei Herzkranken zu behandeln.

Es gilt also, das merkwürdige Cholesterinscreening wieder abzuschaffen. Es ist eine kuriose Fehlleistung der modernen Medizin, dass sie ein hohes Blutcholesterin als bedrohliche Krankheit missverstanden hat, gesunde Menschen mit dieser falschen Idee belastet und sogar in den Tod getrieben hat. Es gibt keine gesunden und krankhaften Cholesterinwerte. Denken wir an das Wechselspiel zwischen Wirt und Krankheit, um das zu begreifen. Ein gesunder Wirt mit einer funktionierenden Regeneration hat mit einem hohen Cholesterin kein Problem. Ein Wirt mit einer mangelhaft funktionierenden Regeneration hat hingegen schon mit einem normalen Cholesterin ein Problem.

Schauen wir auch das Mammographie-Screening an. Was verändert sich genau durch dieses Screening?

Anzahl Ereignisse mit oder ohne Mammographie-Screening			
bei 1'000 Frauen im von Alter 50-60 Jahren während 10 Jahren			
	mit Mammo- graphie	ohne Mammo- graphie	Differenz
Todesfälle insgesamt	76	76	0
Brustkrebstodesfälle	3-4	4	0-1 (Abnahme)
Diagnose Brustkrebs	24	19	5 (Zunahme)
Überleben insgesamt	924	924	0
Kein Tod durch Brustkrebs	996-997	996	0-1
Keine Diagnose Brustkrebs	976	981	5
Mammographien	ca. 5000		
Krebsverdacht	200-500		

nach JG Schmidt. J Clin Epidemiol 1990

Das wichtigste Ergebnis ist das Faktum, dass kein einziger Todesfall verhindert wird. Die Gesamtmortalität bleibt gleich, wenn auch eine kleine Reduktion der Brustkrebs-Todesfälle erzielt werden kann. Die 1 Frau von 1'000 in 10 Jahren, die wegen der Mammographie vielleicht nicht an Brustkrebs stirbt, stirbt trotzdem – an etwas Anderem. Für den Wirt bzw. die Wirtin verändert sich die Sterblichkeit nicht.

Wie verläuft denn Brustkrebs? Was wussten wir bereits vor der Einführung des Mammographie-Screenings?

Der klinische Verlauf von Brustkrebs anhand einer Autopsie-Studie

Tabelle 2. Wie maligne ist Brustkrebs? 83 unselektionierte Frauen, nach Nielsen et al. [2]

Maligne Zellen in der Autopsie ^a	Manifeste Krankheit während Lebenszeit	Todesursache Brustkrebs	
21	6	3	
25%	7%	4%	Aller Frauen
	29%	14%	Aller Mamma-Karzinome

^a In situ und invasive

M Nielsen et al. Cancer 1984

Sie sehen: In der grossen Mehrheit bleiben bösartige Brust-Pathologien bis ans Lebensende unentdeckt – in 70%. Brustkrebs, die klinische Symptome machen, führen in 50% nicht zum Tod, das war schon vor den modernen Behandlungen so. Die gleiche Krankheit zeigt also ganz verschiedene Verläufe. Die meisten Frauen mit unentdecktem Brustkrebs bleiben gesund (ausser sie werden mammographiert), und von denen, die krank werden, haben schon immer über 50% die Krankheit überstanden (heute sind es um die 70%, hauptsächlich weil das Screening auch gesunde Frauen zu Brustkrebs-Patientinnen macht, und weil es heute ein bisschen wirksamere Therapien gibt). Sterben Frauen denn wirklich an Brustkrebs oder bestimmt etwas Anderes den Verlauf? Ist denn die Vorstellung überhaupt richtig, dass es sehr bösartige und weniger bösartige Krebse gibt, die wir in der Histologie nur nicht unterscheiden können? Ich denke nicht. Eher plausibler ist die Vorstellung, dass es eben auf den Wirt ankommt. Ich habe dies 1997 in einem Vortrag am Deutschen Internistenkongress so dargestellt:

„Aggressivität“ systemischer Krankheiten

Krankheit	Agens	Wirt	Sterblichkeit	Therapie
Brustkrebs	Krebszelle (stark variierende Aggressivität)	Anfälligkeit kein Thema Krebszelle = Krankheit	Seit Jahrzehnten kaum verändert	?
Tuberkulose	Mycobakterium (einheitliche Virulenz)	Anfälligkeit entscheidend Gesunde Bakterienträger möglich	Stark verbessert (Minderung materieller Armut)	Haus-Sanierung Ernährung
Brustkrebs Heute	Krebszelle (einheitliche Aggressivität?)	Anfälligkeit entscheidend? Gesunde Krebs- trägerinnen möglich!	Verbesserung durch Minderung der geistigen Armut?	Sanierung des „inneren Hauses“? Geistige Ernährung? („Salutogenese“)

JG Schmidt. in: Köbberling. Zeitfragen der Medizin. Springer 1997

Wenn wir uns also an der Geschichte der Tuberkulose orientieren, dann könnten auch beim Brustkrebs supportive Behandlungs-Strategien, welche das Gesundungsvermögen und die Gesamt-Gesundheit des Wirts im Auge haben, bewirken, dass ein ungünstiger Verlauf sich in einen günstigen Verlauf wendet, ohne dass die Krankheit spezifisch bekämpft wird. Eine wissenschaftliche, evidenz-basierte Medizin muss immer die Frage stellen: Was wissen wir nicht bzw. was müssen wir eigentlich wissen? Wir müssen wissen, ob eine Massnahme die Gesundheit insgesamt stützt und mehr ist als nur Krankheitskosmetik, die unter Umständen nur den Wirt belastet. Es gilt, den Gesundheits-Gewinn zu „messen“ und im Auge zu behalten. Auch bei der Mammographie hat das *Swiss Medical Board* 2013 befunden, dieses Screening sollte besser unterbleiben.

Es gilt also auch, das merkwürdige Brustkrebscreening wieder abzuschaffen. Es ist eine weitere kuriose Fehlleistung der modernen Medizin, dass sie jede Brustkrebs-Zelle als bedrohliche Krankheit missverstanden und gesunde Frauen mit dieser falschen Idee belastet hat, die nun um 25-40% mehr überdiagnostizierte Brustkrebsdiagnosen aufweisen. Krebs ist nicht die Krankheit selbst. Denken wir auch hier an das Wechselspiel zwischen Wirt und Krankheit, um das zu begreifen. Ein gesunder Wirt mit einer funktionierenden Regeneration hat mit einem Brustkrebs kein oder kein fatales Problem. Ein Wirt mit einer mangelhaft funktionierenden Regeneration hat hingegen ein Problem, er kann trotz aller Krebs-Therapien einen Krebs nicht überwinden oder in Schach halten und seine Gesundheit bewahren.

Ich möchte ein Fallbeispiel einfügen. Um die Variabilität von Verläufen aufzuzeigen, sind Fallstudien gut geeignet. Demgegenüber ist die randomisiert kontrollierte Studie ein ausgezeichnetes Werkzeug, um Unterschiede und Wirkungen zu beweisen, doch Sie dürfen nicht übersehen, dass damit immer nur Durchschnitts-Effekte gemessen werden können. Weil der Wirt keine Rolle spielt, halten wir uns an statistisch idealisierte Durchschnitts-Krankheiten, ohne dass wir diese akademische Verfälschung der Patienten-Realität überhaupt noch bemerken. Fallstudien sind bei dieser Ausgangslage das richtige Instrument, den Wirt ins Blickfeld zu rücken, um an einer Klassifikation des Wirts und seines Salutogenese-Vermögens zu arbeiten.

Bei genauer Betrachtung sind Krankheiten zuerst immer ein Spontanheilungs-Versuch. Ich habe bei einer Brustkrebs-Patientin mit ausgedehnten Knochen-Metastasen beobachtet, dass selbst eine Metastasierung einen Heilungsvorgang darstellen könnte. Die Metastasen führten in diesem Fall sogar zu einer pathologischen Schenkelhals-Fraktur und machten zur Schmerzlinderung Radiotherapie nötig. Chemotherapie hatte die Patientin abgelehnt, was vermutlich entscheidend war. Einige Wochen später bekam sie dann anhaltend hohes Fieber und wurde sehr krank, sodass sie nach drei Wochen schliesslich ins Spital zum Sterben ging. Allerdings schien das Fieber ein Heilungsfieber zu sein, der Körper wurde derart krank, weil er sich wehrte und zum Beispiel schmerzhaft Blasen auf der Haut machte. Ich habe der Patientin das Sterben nicht ausgedrückt, denn der Himmel hat mehr Macht als ein Arzt, es galt, die Zeit wirken zu lassen, entscheiden werden die Lebensgeister, es galt, mich als Arzt nicht einzumischen. Ich habe der Patientin nur gesagt, dass Puls und Zunge in Ordnung seien und es für mich offen sei, wie es herauskommt. Drei Tage nach dem Wunsch zu sterben ist der Patientin dann der Gedanke gekommen, sie wolle wieder leben. Sie ist aufgestanden, hat das Spital verlassen und hatte wieder einen enormen Appetit. Gestorben sind nur Ihre Ängste. Ihre Stimme ist fester und erwachsener geworden als Ausdruck der gewonnenen Beherztheit, für die der Tod keine Bedrohung mehr ist. Sie ist jetzt seit vier Monaten vital und in gutem Zustand.

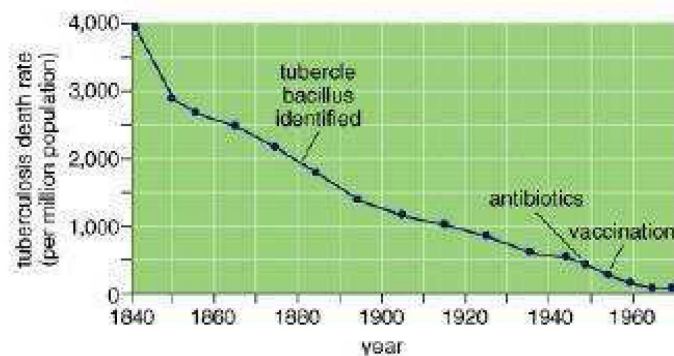
Es ist nicht einfach, einen solchen Verlauf einzuordnen. Es kommt offensichtlich nicht so darauf an,

wie weit fortgeschritten eine Krankheit ist, der Wirt kann immer gesund sein, wenn seine Kräfte ausreichen. Vielleicht war in diesem Fall die Metastasierung eine salutogene Taktik des Körpers, die Störung zu verteilen, um sie besser eliminieren zu können. Mit den klinischen Augen der chinesischen Medizin sehen wir immer wieder, dass Blockaden sich im Gesundungsverlauf auf beide Körperseiten verteilen.

In der Infektiologie ist das Wechselspiel zwischen Krankheit und Wirt einst ein fundamentales Thema gewesen. Im einseitigen Krankheitsdenken werden heute selbst hier immer wieder Viren als angeblich schlimme Bedrohung der Gesundheit dargestellt. Die erste erfolgreiche Impfung – die Pockenimpfung – hat in der Tat die häufige Pocken-Kindersterblichkeit im Berlin der 30er-Jahre zum Verschwinden gebracht. Doch wir übersehen gewöhnlich, dass die Kindersterblichkeit an allen Ursachen unverändert blieb. Der unterernährte und anfällige Wirt ist insgesamt gleich häufig gestorben – ob an Pocken oder nicht.

Tuberkulose-Sterblichkeit zwischen 1840 und 1970

Thomas McKeown 1979



Rückgang der Lungentuberkulose-Sterbefälle von 1840-1970 in England und Wales. Dieses Bild zeigt sich bei allen Infektionskrankheiten.

McKeown. The role of Medicine: Dream, Miracle or Nemesis? Blackwell, Oxford 1979

In seiner grossen Studie über die Entwicklung der Mortalität an Infektionskrankheiten in England und Wales zeigte *Thomas McKeown* 1979, dass der Rückgang über hundert Jahre stetig erfolgte, lange bevor medizinische Massnahmen vorhanden waren. Impfungen und Antibiotika brachten keine Veränderung in diesen Trend. Nicht medizinische Massnahmen hatten die Gesundheit markant verbessert, sondern eine markante Verbesserung des Wirtszustands durch die Überwindung von Unterernährung und feucht-kalten Wohnverhältnissen. Noch bis in die 70er-Jahre sind bei uns auch die Masern bei allen Kindern aufgetreten und haben praktisch nie zu Sterbefällen geführt. In Drittweltländern waren und sind Masern hingegen ein wichtiger Faktor der Kindersterblichkeit. Nicht das Masern-Virus bestimmt also einen fatalen Verlauf, sondern die geschwächten Widerstandskräfte des Wirts unter prekären Verhältnissen. Und so muss man auch annehmen, dass die Spanische Grippe 1918 nicht das Ergebnis eines angeblich gefährlichen Virus war, sondern die Folge des 1. Weltkriegs, der die Menschen geschwächt und anfällig gemacht hatte.

Auch die Grippeimpfung zeigt sich in der systematischen Analyse der *Cochrane Collaboration* ohne Nutzen – auch bei älteren Menschen. Das zeigt, dass die reale Immunität offenbar zur Hauptsache durch unspezifische Abwehrkräfte bestimmt wird. Neue systematische Reviews zeigen auch einen fehlenden Nutzen der Grippeimpfung bei Asthma-Patienten, bei Kindern unter Chemotherapie, beim Pflegepersonal älterer Menschen und bei Immunsupprimierten. Dies scheint zu bestätigen, dass wir uns dringend den unspezifischen Widerstandskräften des Wirts zuwenden müssen. Weil wir die epidemiologisch und wissenschaftlich entscheidende Frage nach dem Wirt und seinen Widerstandskräften übersehen, halten wir noch an einer falschen Wahrnehmung über Nutzen und Notwendigkeit von Impfungen fest.

Die Missverständnisse der Präventivmedizin sind mit den Methoden der evidenzbasierten Medizin bereits seit über 25 Jahren aufgedeckt worden, doch auch die evidenzbasierte Medizin ist inzwischen in die akademischen Interessen der krankheitsorientierten Spezialfächer eingebunden worden. Im Grunde geht es bei der evidenzbasierten Medizin um das genaue Hinterfragen der vorhandenen Evidenz für den einzelnen Patienten – für den jeweiligen Wirt.

Ich habe das in diesem Aufsatz näher zu beschreiben versucht:

Johannes G. Schmidt

Wissenschaftliche Evidenz, der Patient und die ärztliche Kunst

In Wirklichkeit gibt es keine spezifischen Therapien für spezifische Krankheiten [1]. In der Praxis haben wir es mit unterschiedlichen Patienten zu tun, deren «Gesamtbild» bestimmt wird durch das Wechselspiel zwischen Pathogenese und Salutogenese – zwischen der Krankheit und dem Gesundungsvermögen des Wirts. Krankheiten werden durch die Gesundheit und die Selbstheilung stets mehr oder weniger kompensiert und selbst in schweren Fällen oft wieder überwunden. Supportive Massnahmen, die die Widerstandskraft und die Gesamt-Gesundheit des Patienten im Auge haben, können einen ungünstigen Verlauf in einen günstigen Verlauf wenden, ohne dass die Krankheit selbst behandelt werden muss. Es bleibt immer die Aufgabe der Medizin, den Patienten zu «behandeln» und nicht bloss seine Krankheit(en); akribische Krankheitsdiagnosen und erfolgreiche Krankheitsbehandlungen können dem Patienten bisweilen mehr schaden als nützen.

Variabilität und Komplexität der Patientensituation

In der Medizin hat sich ein gedankenloser Gebrauch von Statistik eingebürgert, der in akademischer Routine die störende grosse Vielfalt weglässt und die grossen natürlichen Abweichungen vom Durchschnitt verbirgt, die in Wirklichkeit die Praxis bestimmen. Doch die ärztliche Berufserfahrung führt auch zum eigenen Erkennen und Verstehen, das die variierende Gesundungskompetenz der Patienten sehen lernt und die Sicht des Patienten ernst zu nehmen beginnt. Tatsächlich wissen (eigensinnige) Patienten gelegentlich besser als wir Ärzte, wie sie gesund – selbst in regel-fähigsten Abkehr vom «richtigen» medizinischen Vorgehen [2]. Bei der Gesundung gibt es «viele Wege nach Rom». Für eine Medizin zum Nutzen des (individuellen) Patienten brauchen wir Erfahrung und differenzierte Menschenkenntnis – und eine differenzierte Betrachtung der wissenschaftlichen Evidenz.

		Brustkrebstod	
		+	–
Adjuvante Therapie	+	a	b
	–	c	d

a = Brustkrebstod mit Therapie A = Abwärtsschritt
 b = Überleben mit Therapie B = Bestätigung
 c = Brustkrebstod ohne Therapie A = Abwärtsschritt
 d = Überleben ohne Therapie B = Bestätigung

Abbildung 1
Verfälschter Vierfeldertafel mit Beispiel adjuvante Brustkrebstherapie.

Evidenz aus (kontrollierten) Studien sind immer nur Durchschnittsergebnisse, und selten ist die Number-Needed-to-Treat so klein, dass eine wirksame Massnahme in jedem Fall sein muss. Auch mit einer «evidenzbasierten» Therapie kann es ein schlechtes Resultat geben, und es kann ohne gut gehen. So stellen selbst Ergebnisse aus guten Studien immer nur ein Halbwissen dar. In der Praxis gilt es deshalb, die Evidenz in einer Vierfelder-Tafel zu ordnen (mindestens im Hinterkopf), um sich das gewöhnlich sehr grosse Ausmass der «Abweichung» bewusst zu machen.

Die Vierfelder-Tafel macht deutlich, dass es immer Patienten geben wird, die wegen einer (im Durchschnitt) wirksamen Therapie Nachteile erleiden oder sogar sterben, wenn auch weniger oft, als sie durch die Therapie vom Tod bewahrt werden [3]. Aufgrund der Krankheitsdiagnose (allein) können wir nicht voraussagen, in welchem Fall sich die Therapie oder Nicht-Therapie günstig oder ungünstig auswirken wird. Der Arzt muss sich also stets fragen, ob er mit einer wirksamen Therapie dem jeweiligen Patienten effektiv zu einem besseren Verlauf verhilft, oder ob er ihn nur mit unerwünschten Wirkungen belastet und kränker macht. Deshalb stellt sich die Frage, ob und wie wir die Patienten erkennen können, bei denen die Therapie eher nützt – oder eher belastet und die Lebenskräfte schwächt. In einer sensiblen Praxis zeigt sich, dass der Patient und seine Meinung, sein Denken und Hoffen und seine Lebenshaltung eine entscheidende Rolle spielen. Unsere Halber-Wünsche und die heutige ärztliche Neigung zum Aktivismus sollten den Patienten nicht bedrängen. Objektiv kann der Entscheid für eine Therapie richtig oder falsch sein, ebenso wie der Entscheid gegen eine Therapie. Auch eine erfolgreiche Diagnose kann objektiv immer nützlich oder schädlich sein, so wie auch ein Diagnoseverzicht immer schädlich oder nützlich sein kann [4].

Evidenzbasierte Medizin

Formalwissenschaftliche Evidenz bietet also lediglich ein ungefähres Wissen (ein Halbwissen), deshalb ist die Notion einer «evidenzbasierten Therapie» eine logisch falsche, scholastische Überinterpretation. «Evidenzbasierte Therapien» sind immer nur eine Option, von der man auch abweichen muss, vor allem wenn der Patient für sich einen anderen Weg sieht oder mit Nebenwirkungen reagiert – oder wenn der Arzt aus seinen gut reflektierten Erfahrungen andere Möglichkeiten sieht. Viele Ergebnisse aus kontrollierten Studien haben Gewicht, aber sie können nicht beantworten, was wir in der komplexen Praxis genau zu tun haben. Die historische Leistung der kontrollierten Studie liegt vielmehr darin, dass sie Täuschungen im medizinischen Denken aufgedeckt hat und weiter aufdeckt, indem sie Confounding-Fehler und Surrogat-Trugschlüsse hinter falschen oder zu einseitigen Krankheits- und Ätiologie-Theorien erkennbar macht. Die evidenzbasierte Medizin hat sich immer als Methode des genauen Hinterfragens verstanden, es ging nie darum, das klinische Judgement und die klinische Differenzierung zu verdrängen. In der Komplexität der Praxis will die evidenzbasierte Medizin primär Anleitung geben, die wichtigen Fragen zu stellen, die uns zu einer guten Beurteilung verhilfen [5].

Es geht bei der evidenzbasierten Medizin also nicht um eine falsche Leitlinienmedizin, denn der methodisch geschulte klinische Epidemiologe weiss, dass wir es immer nur mit Durchschnitts-Evidenz zu tun haben, deren klinische Relevanz in jedem einzelnen Fall zu überprüfen ist. Und dann gilt die Aufmerksamkeit immer zuerst einmal dem klinischen Endpunkt. Bei genauer Betrachtung stellt die evidenzbasierte Medizin nämlich die Frage nach dem Gesundheits-Gewinn und nach der Gesundheit insgesamt – mit anderen Worten: Wie geht es dem ganzen Wirt unter der Intervention, haben sich auch Gesamtmorbidität und Gesamtmortalität verbessert? Wie konnten wir zum Beispiel auf die Idee kommen, bei unseren Diabetikern *Glitazone* einzusetzen, wo wir gar nicht wussten, was sie dem Wirt antun? Die entscheidenden klinischen Endpunkte waren nicht untersucht. Also wurden die Krankheit und ihre Blutzucker-Werte verschönert, aber der Wirt geschädigt, was uns heute die verspäteten Studien mit richtigen Endpunkten zeigen.

Es gibt von der *Cochrane Collaboration* auch eine systematische Review über die Wirkung von *Interferon* bei Multipler Sklerose. *Interferon* kann die Zahl der Schübe im Verlauf von 2 Jahren um etwa 20% reduzieren, doch die Autoren weisen darauf hin, dass dies einen unklaren Nutzen darstellt. Lebensqualität und Erhalt der Mobilität sowie Auswirkungen über 2 Jahre Behandlung hinaus sind nicht untersucht. Behandeln Sie MS-Patienten mit Immunmodulatoren? Auch das ist im Grunde ja eine präventive Behandlung, der Patient hat unmittelbar nichts davon ausser häufige Nebenwirkungen. Wenn Sie MS-Patienten genau studieren, können Sie erkennen, dass Schübe ein Aufräum-Phänomen sind, das der Körper mit seiner Gesundungskraft spontan beginnt. Die MS bricht aus, wenn der Körper Kälte und Nässe aus dem vitalen Zentrum wegbewegt. In den meisten Fällen verschwinden die Symptome der ersten Schübe wieder vollständig, weil der Körper noch in der Lage ist, auch in der Peripherie wieder aufzuräumen und den Gesundungsimpuls zu Ende zu führen. Der Schub ist also ein Gesundungsvorgang. Das kann man erkennen, wenn man den Wirt supportiv behandelt, sodass er die peripheren Beeinträchtigungen durch die Schübe immer wieder überwindet – bis das vitale Zentrum von Kälte und Nässe befreit ist. Der Körper macht das, weil er nur mit einer warmen Mitte seine Kräftegeneration auf Dauer ausreichend bewerkstelligen kann. Schübe machen den Wirt gesund, wenn er sich nicht in eine Abwärtsspirale ziehen lässt durch falsche Ängste und eine falsche Medizin. MS-Medikamente kennen als Nebenwirkung ein Grippe-syndrom, Anorexie und Verdauungsstörungen, Schlafstörungen und Kopfschmerzen. Mit MS-Medikamenten wird also die noch vorhandene Vitalität so „kaltgestellt“, dass weniger Schübe erfolgen können. Die wichtigen Regenerationsmotoren wie Verdauung und Schlaf werden dabei beeinträchtigt. Wir wissen noch nicht, was wir den Patienten damit antun, Studien mit vernünftigen Endpunkten fehlen.

Eigentlich wissen wir, dass Gesundungsvorgänge krank machen können, denken wir nur an die

Grippe. Findet der Wehrvorgang kompetent statt, dann bekommt der Wirt Fieber, Schwitzen, Gliederschmerzen, Müdigkeit und Krankheitsgefühl. Nur Wirte mit einem mangelhaften Wehrvermögen reagieren nicht und bleiben oberflächlich betrachtet „gesund“. Paradoxe Weise wird also der gesund Funktionierende krank und der krankhaft (bzw. nicht gesund) Funktionierende bleibt „gesund“.

Klinisch-anamnestische Zeichen der Grundkräfte-Verbesserung

Verbesserungs-Zeichen (kann Jahre dauern !)	
Verdauung	• hin zu einem guten, ausgeglichenen Appetit ohne Heisshunger • Beschwerden und Krämpfe durch Aufwachen des Bauches • zunehmend geformter Stuhlgang mit evt. Phase von Trägheit • besseres Spüren, ob Nahrung kräftigend oder unbedenklich
Schlaf	• Rückgang von Nachtschweiss, Nykturie, nächtlicher Hitze, zunehmend erholsamer Schlaf, besser aus den Federn
Frieren	• evt. anfangs Zunahme Frieren durch Abnahme falscher Hitze • evt. mehr kalte Füße durch Abnahme Frieren im Zentrum, schliesslich zunehmend warm und Abnahme von Frieren
Anderes	• Entwicklung von Fieber-Fähigkeit und gesundem Schwitzen • zunehmendes Gefühl, zu sich zu kommen, Raum für sich

Die Verbesserung geht selten geradlinig, Rückfälle gehören zu einem guten Gesundheits-Verlauf – wie bei einem Kind, das gehen lernt und dabei umfällt
→ die zu wenig gut funktionierenden Organe müssen noch richtig gehen lernen

JG Schmidt, Dezember 2014

Sie sehen aus dieser Aufstellung, das sich die salutogenen Kräfte entwickeln können, wenn Verdauung und Schlaf in Ordnung kommen, Frieren verschwindet und der Wirt die Fähigkeit aufbaut, richtig zu schwitzen und Fieber zu machen. All dies passiert, indem der Patient mehr zu sich kommt und sich richtig wahrnehmen lernt. So kann er sein eigener Arzt werden und richtig für sich schauen. Schon Paracelsus hat es so gesehen: „Der Mensch, der nicht weiss, wer und was er ist, missachtet sich selbst und legt keinen Wert auf sich.“ Er hat auch gesagt: „Solche Treue und Beherztheit, Hoffnung und Vertrauen soll der Kranke haben gegenüber Gott, dass er nicht falle ins Dunkle, in welchem der Tod lauert...“ Der moderne Kopfmensch ist mit Angst besetzt, und Angst raubt die Widerstandskräfte. Moderne Ärztinnen und Ärzte haben Angst selbst vor imaginären Krankheiten und kämpfen sehr oft gegen Gespenster; sie sehen die Gnade der spontanen Gesundung nicht.

Alle grossen Kulturen kannten die Pflege der Lebenskräfte und des inneren Lichts, denn im Grunde ist die Welt für den Menschen kalt und dunkel. Wer seine Kräfte falsch einsetzt, erschöpft sich, verliert die innere Wärme und kann der Kälte nicht mehr widerstehen. So wird jemand krank – bis er durch die Krankheit die Gesundung wieder finden kann. So ist es immer nötig, dass ein Patient schliesslich sein eigener Arzt wird, indem er sich verstehen lernt und sieht, was er braucht und dass er nicht gegen seine Kräfte leben kann. Wenn Sie glauben, ein Patient sei Opfer seiner Krankheit oder der sozialen Umstände, dann erschweren oder verunmöglichen Sie seine Gesundung. Mitgefühl braucht es immer, aber nicht Mitleid und Übermutterung. Lassen Sie den Patienten leiden, wenn es ihn weiter bringt. Man darf aber nicht dogmatisch sein, denn oft führt der einzig gangbare Weg über Umwege.

Wenn wir die Fähigkeiten des Patienten zum klinischen Erfolgskriterium machen, haben wir die evidenzbasierte Medizin verstanden und bekommen eine Grundlage, die Klinik der Gesundung zu studieren. Es gilt also, sich nicht zu sehr an der Krankheit und ihrer allfälligen Progression zu orientieren, es gilt vielmehr, sich an gesunden oder gesundenden Fähigkeiten des Wirts zu orientieren. Die Fähigkeit der Wahrnehmung seiner selbst ist dabei wichtig. Gesundungsverläufe beinhalten alle möglichen Verbesserungen und Verschlimmerungen, doch wenn die regenerativen Funktionen wie Schlaf, gute Verdauung, innere Wärme und normales Schwitzen trotz zeitweiliger Rückfälle in Richtung Besserung zeigen, dann ist der Verlauf gut. Auch dazu sagt Paracelsus etwas Bemerkenswertes: „Jede Krankheit ist ein Fegefeuer. Daher kann kein Arzt heilen, wenn nicht nach Gottes Ratschluss das Fegefeuer beendet sein soll.“ Bei genauer Betrachtung zeigen sich Krankheiten und ihre Erscheinungen in der Tat als Aufräumvorgänge, solange der Wirt eine kompetente Salutogenese aufweist.

Deshalb müssen wir uns bei Krankheitserscheinungen immer fragen, ob diese eine Reaktion aus Stärke oder eine Reaktion aus Schwäche darstellen. Ich habe in dieser Aufstellung einige Beispiele zusammengestellt ...

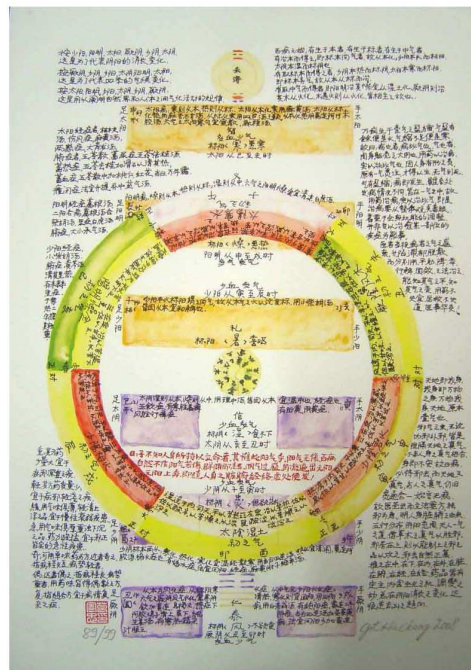
Die Bewertung klinischer Symptome
(Entwurf, nur für persönlichen Gebrauch)

Symptom	Reaktion aus Stärke „Aufräumen“	Reaktion aus Schwäche „Ersticken“/Überlastung
Blähungen	Vergleichbar einem angefachten Feuer in der Nässe, das solange raucht, bis die Flammen durchkommen – die Blähungen sind gut erträglich	Vergleichbar einem erstickenden Feuer, das zu rauchen beginnt – die Blähungen sind beeinträchtigend
Kalte Füße	Unter zunehmendem inneren Feuer (Yang) muss die Kälte weichen, Füße und Beine werden kälter, evt. Zunahme von Wadenkrämpfen – Nykturie nimmt ab	Der Mangel an innerem Feuer (Yang) lässt zunehmend Kälte in den Körper mit der Folge von kalten Füßen, evt. auch mit Wadenkrämpfen – Nykturie nimmt zu
Heisse Füße	(Hitze geht weg und die kalten Füße werden wieder spürbar)	Fast immer ein Zeichen von Kältestau, der heissläuft
Verstopfung/ träger Stuhlgang	Zunehmende Wärme (Yang) im Bauch führt zu geformterem Stuhl, der nicht mehr so leicht entleert werden kann, weil die Erwärmung/Kräftigung der Peristaltik hinterherhinkt – bei gutem Appetit	Zunehmende Verstopfung durch zunehmende Yang-Schwäche - unangenehmer Kältestau mit Appetitstörung
Durchfall/ dünner Stuhlgang	Kälte entweicht aus der Mitte, meist nur 1-3 x Durchfall pro Tag – Bauch relativ angenehm, Appetit gut oder nur kurz gestört	Erkältung/Kälte überrennt die Mitte, Übelkeit, unangenehmer Bauch
Gelenkschmerzen	Der erwärmende Körper schiebt Kälte/Nässe aus den Gelenken, was schmerzt, starke Schmerzen, wenn das „Eis bricht“ – guter Appetit und Schlaf wenig beeinträchtigt	Gelenke sammeln Kälte, die im ganzen Körper überhandnimmt und sich zu Hitze/Entzündungen wandelt – Appetit und Schlaf können beeinträchtigt werden
Kopfschmerzen/ Nebenhöhlen	Ein gesunder und kräftiger Körper fängt an, alte Belastungen aufzuräumen – Nebenhöhlenschmerzen können heftig sein, aber nur kurz	Ein geschwächter Körper mit alten Blockaden wird anfällig für neue Störungen/Erkältungen, die er nicht mehr eliminieren kann – chronische Entwicklung
Kopfschmerzen/ Migräne	Als Erschöpfungssymptom nimmt Migräne bei gutem Verlauf anfangs oft zu, weil der stärkere Körper die Belastungsgrenzen besser zu markieren beginnt	Bei zunehmender Schwäche kann Migräne abnehmen als Ausdruck davon, dass der Körper zu schwach wird für eine Reaktion
Müdigkeit	Ein warmer Körper wird angenehm müde, die Müdigkeit wird deutlicher – bei gleichzeitig eher besserem Schlaf	Ein kalter Körper lässt den Schlaf nicht mehr zu, wird kraftlos und müde
Metastasen	Entzündung zur Mobilisation von angeborenen Störungen (Urkälte) – kann über ein Tumorfieber (mit schmerzenden Hautblasen-Bildungen Typ Fieberblase) aus dem Körper entweichen	Misslingender Selbst-Heilungsversuch, der die zu schwachen Widerstandskräfte überfordert und zum Tod führt (vgl. Grippe)
Grippe/grippale Infekte	Eliminiert eingedrungene Kälte über Fieber und Schwitzen und stellt die Gesundheit wieder her – triggert auch die Elimination von alter Kälte	Kann bei zu schwacher/blockierter Abwehrkraft kein richtiges Fieber und Schwitzen erzeugen, sodass der Infekt symptomarm verläuft und als Belastung im Körper bleibt – oder kann bei zu schwacher Widerstandskraft auch zum Tod führen
Nachtschweiss	Ein wacherer Geist kann evt. vorübergehend Stress verursachen durch die Annahme von Herausforderungen	Ist ein Stress-Zeichen, meist der Holz/Metall-Balance
Dysurie	Störender Harndrang bei Entweichen von Kälte über Blase – ohne Nykturie-Zunahme. Brennen bei Miktion, Pollakisurie, Nykturie – ist im Grunde auch ein Aufräumvorgang bei akuter Blasen-erkältung	Chronische Dysurie mit Miktionsproblemen und zunehmender Inkontinenz
Schwindel	Bei zunehmender Stärke der Mitte (Milz-Energie) können Schwindelanfälle auftreten im Sinne von zurecht gerüttelt werden, innehalten, sich finden – bei kaum eingeschränktem Appetit	Zunehmende Schwäche, die Schwindel mit Übelkeit mit sich bringt

Wallungen	Die Wallung überrennt das leberische Kontrollverhalten und entspannt so als nicht selbst gemachtes „Geschenk“ die Person – bahnt so das Loslassen als Lösung und stärkt damit die Mitte	Mitte-Schwäche kann den Ausgleich zwischen leberischem Steigen und lungischem Sinken nicht regulieren und führt bei zunehmender Mitte-Erschöpfung zu endlosen Wallungen
Depression	Unangenehme schmerzliche Empfindung, dass etwas nicht stimmt, dass Vorstellungen und Glaubenssätze nicht der Realität entsprechen und nicht erfüllt werden – Grübeln führt zum „Ausstrecken der Fühler“ und bei Yang-Aufbau (Licht) schliesslich zum Erkennen einer weiteren, freundlichen Realität (kann Monate oder manchmal Jahre dauern)	Unangenehme schmerzliche Empfindung, die bei zunehmender Yang-Erschöpfung (Dunkelheit) das Fehlende nicht ergründen kann und chronisch wird (Antidepressiva unterdrücken das Yang und erschweren die Erlösung)

Was lässt sich aus dem Gesagten feststellen? Unsere Patienten sind nicht die Krankheiten und Risikofaktoren, die sie haben. Gesundheit entsteht durch ein gesundes Reagieren des Wirts auf Schädigungen, durch ein intaktes Gesundungsvermögen. Gesunder Schlaf, gesunde Verdauung, gesunde innere Wärme, gesundes Trauern, gesunde Wut, stille Freude, gesunde Depressionen etc. und letztlich auch das Sterben gehören alle zu einer intakten Gesundheit. Deshalb ist die gängige Krankheitsprävention ein Missverständnis. Der Grundlagenirrtum liegt darin, dass in der Regel der Wirt und seine Gesundungskraft und nicht der Name der Krankheit den Verlauf und Ausgang eines Leidens bestimmen. Ausnahmen bestätigen die Regel.

In der Tat hat die wissenschaftliche Medizin in Form der evidenzbasierten Medizin schon seit 30 Jahren ein Mass für die Gesundheit entworfen, das uns auf den Wirt, auf den Patienten lenkt. Wir können anhand des Ausmasses der gesunden Fähigkeiten Veränderungen in der **Gesundheit** eines Patienten „messen“ statt nur die trügerischen Veränderungen seiner Krankheitswerte. Die evidenzbasierte Medizin stellt wie gesagt die systematische Frage nach klinischen Endpunkten, die eine wahre und relevante Aussage über den gesundheitlichen Nutzen für den Patienten ermöglichen. Nicht der Schweregrad der Organschädigungen, sondern der Schweregrad der Fähigkeitsstörungen ist entscheidend. Wenn wir hilfreiche Prävention und Medizin betreiben wollen, müssen wir den Wirt und seine Salutogenese-Möglichkeiten studieren, unsere vernunftwidrige Angst vor Krankheiten überwinden, aufhören uns mit undurchdachten Horror-Statistiken wichtig zu machen, und uns an der Gesundung orientieren.



kaligraphische Darstellung der Universalkräfte
von meinem Lehrer der Altchinesischen Medizin
Hin Chung Got 2008

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit