

F. Reimer, Wien

Gedanken und Überlegungen zum Selbstverständnis der heutigen Medizin, angeregt durch Beobachtungen und Erfahrungen an und mit geriatrischen Patienten

Nach inzwischen mehr als fünf jahrzehntelanger Tätigkeit in verschiedenen Bereichen der Medizin (Grundlagenforschung, internistische Facharzt-Ausbildung und Röntgenausbildung, klinische Forschung, Lehrtätigkeit, eigene Praxisklinik mit Belegbetten, zahlreiche Publikationen und Kongressvorträge, Tätigkeit an psychosomatischer Reha-Klinik, zuletzt bis heute internistische Wahlarztpraxis mit überwiegend beratender Tätigkeit, daneben Mitgründung eines zahnärztlichen Notdienstes und stundenweise Mitarbeit) fühle ich mich legitimiert, über bestimmte Beobachtungen und Erfahrungen in der Medizin, vor allem aber im Umgang mit alten Menschen zu berichten, die sich ergeben haben im Praxisalltag, bei der Begleitung alter Patienten zu verschiedenen anderen medizinischen Einrichtungen (Röntgen- und Laborinstitut, Fachärzte, Krankenhaus) und bei der Betreuung und Begleitung während des letzten Lebensabschnittes bis zum Tod. Daraus ergaben sich entsprechende Überlegungen und mögliche Folgerungen, aber auch weitere offene Fragen, die hier präsentiert werden sollen in der Absicht, den interessierten Leser zu eigenem wachsamem Beobachten und kritischen Nachdenken anzuregen.

Was sind Themen im Umgang mit Kranken und besonders bei der Betreuung von Patienten während ihres letzten Lebensabschnittes?

Zunächst geht es in aller Regel um bestimmte Symptome, die den Patienten stören oder an denen er leidet und von denen er hofft, dass der Arzt ihn davon befreien kann. Bei leichten, flüchtigen Störungen ist es mit jedweder Hilfe meist getan. Wenn es sich aber um immer wieder kehrende Symptome, um chronische oder maligne Erkrankungen handelt, die in aller Regel Ängste und Sorgen auslösen, dann wird vom Arzt mehr verlangt als seine medizinische Expertise. Der Patient wünscht sich, als Kranker mit all seinen Ängsten und Nöten ernst genommen und unterstützt zu werden. Der Typus des Arztes, der diesen Erfordernissen am ehesten gerecht wird, ist der Haus- und auch der Landarzt, der seine Patienten samt deren Biographie und Umfeld und auch deren Familien kennt und sie oft

lebenslang betreut. Im städtischen Bereich scheint dieser Typus Arzt zugunsten von Ambulatorien und Fachinstitutionen immer mehr zu verschwinden, was das Arzt-Patientenverhältnis anonymer werden läßt und oft keinen Raum für Kummer und Ängste der Patienten bietet. Wenn überhaupt zur Kenntnis genommen, wird auf Pfarrer oder Psychologen verwiesen. Zu beobachten ist auch, dass Ärzte sich als nicht zuständig oder auch überfordert fühlen, wenn Patienten ihre inneren Sorgen und Nöte zum Ausdruck bringen, von denen jeder erfahrene Arzt weiß, dass sie sehr wohl Auslöser körperlicher Symptome sein können. Und seit Mitte des vorigen Jahrhunderts weiß auch die wissenschaftliche Medizin von der Möglichkeit psychischer Verursachung körperlicher Erkrankungen, wie es Thure von Uexküll (1908 - 2004), der Begründer der Psychosomatischen Medizin, überzeugend gezeigt hat.

Wie besonders ältere Patienten immer wieder Arztkontakte sowohl im ambulanten als auch im stationären Bereich erleben, zeigen Äußerungen, die der Autor nur allzu oft gehört hat:

- „Ich fühlte mich völlig unverstanden und hatte daher kein Vertrauen in den Arzt.
- Der Arzt saß hinter seinem Computer und hat mich nicht einmal angeschaut. Wie soll ich ihm vertrauen?
- Es wurde ganz viel gemacht im Krankenhaus; was, das weiß ich nicht genau.
- Wenn ich gewusst hätte, was da auf mich zukommt, hätte ich nie zugestimmt.
- Die Ärzte und Schwestern auf der Station waren fast alle sehr nett, aber wenn der Chefarzt kam... die Stimmung war schrecklich.
- Es wurde zwar einiges erklärt, aber richtig verstanden habe ich es nicht, und zum Fragen war doch keine Zeit.
- Dahin (zu diesem Arzt) gehe ich nie mehr! Dem ging es nur ums Geld!
- Da wurde ich behandelt wie ein kleines Kind.
- Ich hatte solche Angst, und die Ärztin hat nur gegrinst...“

Diese Liste könnte noch erweitert werden. Der Fairness halber sei betont, dass es sehr wohl auch äußerst positive Patientenberichte über Erfahrungen in Ordinationen und Krankenhäusern gibt. Aber hier geht es nicht um ein Abwägen positiver oder negativer Patientenerfahrungen und deren Beurteilung, sondern um die Frage, warum es überhaupt zu einer gestörten Arzt-Patientenbeziehung kommt.

Betrachtet man nur die oben zitierten Patientenaussagen, so kann einfach abstrahiert werden, dass sich etliche Menschen als Patienten nicht verstanden, nicht aufgeklärt oder nicht ernst genommen fühlen und dass die allgemeinen Umstände in Ordinationen, in Krankenhäusern, in Alten- und Pflegeheimen nicht immer als heilsam und menschenfreundlich empfunden werden.

Solch unliebsame, subjektive Erfahrungen innerhalb des Gesundheitswesens sind Ärzten und Patienten, ebenso den zuständigen Institutionen und Politikern im Prinzip nicht unbekannt; und zu bestimmten Anlässen werden auch beschönigende, beschwichtigende oder aufmunternde Reden gehalten, und auch Etliches an Fachliteratur von Seiten der Ethik und Psychologie mit entsprechenden Verbesserungsvorschlägen existiert zu diesen Fragen, - aber warum ändert sich in der Alltagspraxis oft nur wenig und das nur zäh und vereinzelt, obwohl doch unterstellt werden kann, dass die allermeisten aktiven Teilnehmer am Gesundheitswesen durchaus guten Willens sind?

Von offizieller Seite wird immer wieder betont, dass die Gesundheitssysteme unserer westlichen Nationen wie die der Schweiz, Deutschlands und Österreichs, für die pro Jahr Summen fast in Höhe der jährlichen Staatsausgaben der jeweiligen Staaten aufgewendet werden, zu den besten der Welt gehören.

Was also sind Gründe für diese Diskrepanz zwischen subjektiv empfundenem Unbehagen seitens der Patienten und auch der Ärzte und des Pflegepersonals und offiziell attestiertem, höchstem Standard bei den Anbietern von Gesundheitsleistungen?

Der am häufigsten und auch lautstark benannte Grund sei Personalmangel bei allgemeiner Arbeitsüberlastung infolge eines Massenbetriebes. Das ist sicherlich unter bestimmten Bedingungen ein triftiger Grund, wenn etwa eine Nachtschwester für zwanzig und mehr Patienten mit hohem Pflegeaufwand zuständig ist oder Chirurgen und Anästhesisten hintereinander mehrstündige Operationen zu leisten haben und Ordinationen und Notfall-Ambulanzen überfüllt sind. Wenn derartige Bedingungen zum Alltag werden, kann nur durch Aufstockung des Personals Abhilfe geschaffen werden. Wie noch gezeigt wird, ist allerdings zumindest bei den Ärzten der Personalbestand seit der Nachkriegszeit ständig gestiegen.

Was sind weitere Gründe für die Unzufriedenheit bei Ärzten und Patienten im Gesundheitswesen?

Genannt werden ein zunehmender bürokratischer Aufwand an Dokumentation, Statistik, Abrechnung, Beantwortung von Anfragen aller Art sowohl im ambulanten Bereich als auch im Krankenhaus und auch immer wieder seitens der Ärzte eine Unzufriedenheit mit der finanziellen Vergütung ihrer Arbeit. Patienten klagen oft über lange Wartezeiten und fühlen sich wie abgefertigt. Diese Unzufriedenheiten werden je nach Situation, Bildungsstand und Alter der Beteiligten mit unterschiedlicher emotionaler Intensität artikuliert und wirken sich negativ auf Stimmung und Betriebsklima aus, was wiederum bedenkliche Folgen haben kann. Das alles ist bekannt und wird zur Zeit noch mehr oder weniger zähneknirschend toleriert. Ein Aufschrei seitens der Patienten erfolgt nicht und ist wohl auch in Zukunft nicht zu erwarten; sie sind ja Abhängige und in der schwächeren Position. Ärzte und Pflegepersonal im stationären Betrieb demonstrieren gelegentlich für ihre Interessen, und im niedergelassenen Bereich beklagt man sich bei jeder sich bietenden Gelegenheit über Vorschriften und Abrechnungsmodalitäten der Krankenkassen und auch mal über das Anspruchsdenken von Patienten. Viel mehr geschieht bislang nicht.

Wenn nun einerseits unser Gesundheitswesen als eines der modernsten und leistungsfähigsten der Welt betrachtet wird und andererseits die Betroffenen auf beiden Seiten ein nicht zu übersehendes Unbehagen empfinden, dann liegt es nahe, das System selbst, seine Strukturen und das Selbstverständnis der darin Tätigen zu hinterfragen.

Wir haben in Österreich und Deutschland wie auch in anderen westlichen Ländern ein Sozialversicherungssystem, das ein integraler Bestandteil des Gesundheitssystems ist. Solche Versicherungssysteme sind einerseits für Viele ein sozialer Segen, bewirken aber in der Art und Weise, wie sie hier gehandhabt werden, unter anderem eine Verschiebung von Verantwortung: der Arzt muss dem Patienten gegenüber seine kostenpflichtigen Leistungen nicht mehr im Einzelnen begründen, sondern der Krankenkasse gegenüber. Der Patient wiederum kann den Arzt jederzeit konsultieren und braucht sich um die damit verursachten Kosten nicht zu kümmern, die er zumeist nicht einmal kennt; er bezahlt nicht seinen behandelnden Arzt, sondern einen fixen Beitrag an die Krankenkasse. Ärzte werden zudem von den Krankenkassen nach ihren erbrachten Leistungen honoriert und nicht nach Erfolg. Dieses an zentralen Punkten - wie angedeutet - kritisierbare Krankenversicherungssystem hat sich unter sozialen Gesichtspunkten bislang bewährt, droht aber bei Fortführung der aktuellen, wissenschaftsorientierten Medizinpraxis immer teurer zu werden. Denkbare Alternativen werden meist als sozial unverträglich angesehen.

Die Gesellschaft wird sich entscheiden müssen, in welchem Maße und auf welche Weise sie fürderhin bereit ist, für ihre Gesundheit aufzukommen.

Aus ärztlicher Sicht wäre es ideal, wenn das Arzt - Patienten Verhältnis frei wäre von wirtschaftlichen Interessen. Das ureigene Bild von einem Arzt, sozusagen der Archetyp Arzt, zeigt eine reife Persönlichkeit, die sich berufen fühlt, kranken Menschen zu helfen. Kaufmännische Interessen und Fähigkeiten tauchen hier nicht auf. Die primär angemessene Reaktion auf erfahrene Hilfe ist der Dank, dessen formale Entsprechung auch ein Geldwert sein kann, aber nicht muss. Dank wird erstattet in dem Maße und auf die Weise, die den Möglichkeiten des Betroffenen entspricht.

Die aus solchen Überlegungen resultierenden, möglichen Konsequenzen erscheinen in der heutigen Alltagsrealität der Medizin als Illusionen und sind derzeit nicht realisierbar. Dennoch sind sie richtig, wie das als negativ empfundene Pendant des profitorientierten, ökonomisch und rational handelnden Arzt-Typus indirekt beweist.

Derzeit haben Ärzte im ambulanten Bereich aus wirtschaftlichen Gründen, die verständlich sind (hohe Primärinvestitionen bei Praxisgründung oder Übernahme u. hohe laufende Kosten), ein Interesse an einer Umsatzsteigerung, die im Wesentlichen nur durch Ausweitung abrechenbarer Leistungen (d.h. insgesamt mehr Patienten und/oder mehr Leistungen pro Patient) zu Lasten der Krankenkassen zu realisieren ist.

Im stationären Bereich ist es das Interesse der Krankenhausträger, die laufenden Kosten, vor allem die alles überragenden Personalkosten, in Grenzen zu halten. Das Krankenhaus ist mehr noch als die Ordination zu einem Wirtschaftsunternehmen geworden, das im öffentlichen Bereich versucht, kostendeckend zu wirtschaften, was nicht regelhaft gelingt, und im Privatsektor gewinnorientiert betrieben wird. Die anfallenden Kosten pro Bett und Tag in einem Zweibettzimmer übersteigen bei weitem die entsprechenden Kosten für ein Luxushotel, und ohne Krankenversicherung würde ein einwöchiger Krankenhausaufenthalt - entsprechend der statistisch ermittelten mittleren Krankenhausverweildauer in Österreich 2017 von 6,4 Tagen - die meisten Mitbürger in die Verschuldung bringen. Die ständig steigenden Kosten im Gesundheitswesen sind zwangsläufige Folge der forschenden medizinischen Wissenschaften, die zur Erfüllung ihrer Ideen, Wünsche und Vorstellungen eine immer enger werdende Beziehung zur Industrie und Technik eingegangen sind, wie sie in diesem Ausmaß vor 100 Jahren nicht bestand. Das hat ebenso zwangsläufig zu einer immer größeren Abhängigkeit der Medizin von der Technik geführt, deren Folgen noch erörtert werden.

Der Patient ist von den Kostensteigerungen solange nicht entscheidend betroffen, wie seine Krankenkassenbeiträge nicht soweit steigen, dass es für ihn essentiell bedrohlich wird, und die sind über lange Zeiträume, gemessen als Prozentsatz des Einkommens, relativ konstant geblieben. Das ist grob skizziert der Ist-Zustand. Sollten die sehr kostenaufwändigen Biologika-Therapien - um nur ein Beispiel zu nennen - auf breiter Ebene Anwendung finden, so ist mit einer deutlich höheren finanziellen Belastung der Krankenkassen und in Folge der Versicherten zu rechnen.

Wie leicht zu erkennen, treten ökonomische Gesichtspunkte immer deutlicher in den Vordergrund und bergen die Gefahr der „Entfremdung des Heilberufes von seiner eigenen Identität“ (G. Maio, 2014). „Denn schließlich haben die allermeisten Ärzte ihren Beruf deshalb gewählt, um etwas für ihre Mitmenschen tun zu können. Wäre ihnen der soziale Aspekt der Medizin gleichgültig gewesen, hätten sie wohl eher den Weg ins Labor oder in die Wirtschaft gewählt“ (G. Maio, 2014).

Nach uraltem Verständnis ist der Beruf des Arztes, wie bereits angesprochen, eine helfende, heilende, unterstützende, beratende oder auch nur tröstende Tätigkeit für seine ihm um Hilfe bittenden Patienten „ohne Ansehen von Alter, Krankheit oder Behinderung, Glaube, ethnischer Herkunft, Geschlecht, Staatsangehörigkeit, politischer Zugehörigkeit, Rasse, sexueller Orientierung, sozialer Stellung oder jeglicher anderer Faktoren“, wie es die Genfer Deklaration des Weltärztebundes 2017 in zeitgemäßer Anlehnung an den Eid des Hippokrates unter anderem formuliert hat. Von einer Empfehlung, die Medizin unter ökonomischen Gesichtspunkten zu betreiben, ist und war niemals die Rede.

Hier nun einige relevante, statistische Eckdaten zum österreichischen Gesundheitswesen.

Zahl der Ärzte pro 100.000 Bevölkerung: 1960 - 159,3 / 100.000

2018 - 516,8 / 100.000

Zahl der Zahnärzte pro 100.000 Bevölkerung: 1960 - 18,8 / 100.000

2017 - 56,8 / 100.000

Ärztlich verordneter Medikamentenkonsum 2014: 55% der Frauen u. 44% der Männer in Österreich erhielten verordnete Medikamente. Bei den über 75-jährigen erhielten 9 von 10 Personen ärztlich verordnete Medikamente. Nimmt man die Gesamtbevölkerung, so nahm im Jahr 2014 mehr als die Hälfte Arzneimittel ein.

Die Gesamtzahl der Todesfälle in Österreich stieg von 89.600 im Jahr 1960 auf 98.800 im Jahr 1970 und fiel 1997 erstmals unter 80.000 trotz steigender Bevölkerungszahlen, die 1961 bei 7,086 Mio. und 2011 bei 8,389 Mio. lagen. Seit 2010 schwanken die Zahlen der jährlichen Todesfälle zwischen 74.300 und 77.200.

Die Zahl der durch maligne Erkrankungen bedingten Todesfälle stieg bis 2008 ständig an bis auf 26,3% und schwankt seither zwischen 24 u. 26%.

Die Zahl der Herz-Kreislauf-Todesfälle stieg seit 1945 von 20,3% auf maximal 54,3% im Jahr 1998 an. Seither ist bis heute ein stetiger Abfall zu beobachten, der im Jahr 2018 bei 38,9% lag und damit immer noch fast doppelt so hoch ist wie unmittelbar nach dem 2. Weltkrieg.

Die Anzahl der Krankenhausbehandlungen stieg seit 1989 von 22.597 /100.000 Bevölkerung kontinuierlich auf 32.204 / 100.000 Bevölkerung im Jahr 2017 an. Das entspricht einer Zunahme der Krankenhausbehandlungen in einem Zeitraum von 28 Jahren um 42,5%.

Die gesamten Gesundheitsausgaben Österreichs pro Jahr lagen 2004 bei 25,5 Milliarden Euro pro Jahr - das entspricht 9,7% des BIP -, und stiegen seither kontinuierlich bis auf 34,5 Milliarden Euro im Jahr 2014 - das entspricht 10,4% des BIP. Daraus folgt eine Kostensteigerung im Verlauf von 10 Jahren um 35,3%. Die Bevölkerung ist in Österreich in den 14 Jahren von 2001 bis 2015 um 7% gewachsen.

Wenn man diese Daten, die allesamt der Statistik Austria entnommen sind, unvoreingenommen betrachtet, so kann man etwa Folgendes erkennen:

- In Österreich ist in der Nachkriegszeit die Zahl der Todesfälle infolge von Herz-Kreislaufkrankungen bis etwa zur Jahrtausendwende ständig angestiegen, danach fiel sie wieder ab auf ein Niveau von etwa 1953.

- Bei den durch maligne Erkrankungen bedingten Todesfällen kam es seit den Nachkriegsjahren 1945/46 bis zum Jahr 2000 ebenfalls zu einem Anstieg von 7 - 13% auf 24,4% und liegt seither bei Werten zwischen 24% und 26% mit geringfügig rückläufiger Tendenz seit 7 Jahren.
- Zugleich scheint die österreichische Bevölkerung seit ca. 30 - 40 Jahren allmählich älter und zugleich zumindest in den 28 Jahren seit 1989 bis 2017 ständig kränker zu werden; denn die Zahl der Krankenhausbehandlungen nahm in diesem Zeitraum kontinuierlich bis um 42,5% zu, und etwa die Hälfte aller Österreicher bis zum 75. L.J. erhält ärztlich verordnete Arzneimittel, bei den über 75-jährigen sind es gar 89%.
- Und diese Entwicklung scheint sich weiter fortzusetzen trotz eines riesigen Aufwandes an Personal und finanziellen Ressourcen, der sich seit der Nachkriegszeit bei den Arzt- und Zahnarzt-Zahlen pro 100.000 Einwohner mehr als verdreifacht hat und bei den finanziellen Aufwendungen allein von 2004 bis 2014 eine Steigerung um 35,3% erlebte, von der Nachkriegszeit bis heute also sicher mehr als verdoppelt wurde.

Bei so viel Aufwand würde man doch eigentlich erwarten, dass die Bevölkerung eher gesünder, zumindest jedoch nicht kränker wird.

Bei aller Kritik, die bei detaillierter Analyse der Statistik vielleicht angebracht sein mag, bleibt doch ein gewisses Unbehagen angesichts solcher Tendenzen; und gelegentlich drängt sich die Frage auf, die man sich kaum auszusprechen traut, ob vielleicht unsere so hoch gelobte, evidenzbasierte, wissenschaftliche Medizin „per saldo“ - mit so viel Aufwand und besten Absichten betrieben - nicht genauso viel schadet wie nutzt...?!

Um etwa im Sinne der Sekundärprävention *einen* tödlichen Reinfarkt mittels ASS-Gabe zu verhindern, müssen 187 Patienten ein Jahr lang mit ASS behandelt werden; anders formuliert heißt das, 186 Patienten hätten auch ohne ASS überlebt, waren aber mit ASS dessen Nebenwirkungen ausgesetzt. Die Statistik nennt diese Zahl *Number needed to treat (NNT)*, welche die Zahl der *insgesamt* zu behandelnden Patienten angibt, um bei *einem* ein definiertes Behandlungsziel zu erreichen. Für die prophylaktische Gabe von Statinen zur Vermeidung tödlicher Herzinfarkte bei Gesamtcholesterinwerten von 240 - 300 mg/100ml liegt die NNT pro Jahr bei 544; das heißt 543 Patienten erleiden auch ohne Statine keinen Infarkt, sind also umsonst behandelt worden, aber den Arzneimittel-Nebenwirkungen ausgesetzt gewesen (s. Arznei-Telegramm 1998, Nr.5). Dies sind nur zwei Beispiele für sehr häufig präventiv verordnete Arzneien. Dasselbe Prinzip gilt jedoch

für alle Medikamente und auch alle anderen Therapien! Bei jeder Therapieart, die aufgrund statistisch ausgewerteter Studien empfohlen wird, profitiert jeweils nur ein (meist kleiner) Prozentsatz; ein in der Regel größerer Anteil an Patienten hätte der Therapie nicht bedurft. Die NNT müsste 1 betragen, wenn jeder Behandelte profitierte; das kommt bis dato allerdings nicht vor. Ähnlich wie der Nutzen einer Therapie kann auch sein Schädigungspotential nach dem NNT-Modell berechnet werden. Hierfür wird der Begriff *number needed to harm (NNH)* gebraucht. Das Verhältnis von NNH zu NNT stellt ein Maß für die therapeutische Breite dar und sollte möglichst groß sein.

Das Dilemma für den Arzt besteht nun darin, dass er nicht wissen kann, welcher Patient im Einzelfall von der jeweiligen Therapie profitieren würde. So wird der „Therapie-Segen“ samt des begleitenden Therapie-Risikos über alle in Betracht Kommenden „ausgegossen“, wovon zumindest die Apotheken und die Pharma-Industrie profitieren.

Dieses Prinzip gilt wiederum für alle Therapiearten inklusive der Impfungen.

Soweit der Autor Einblick nehmen konnte, ist diese Tatsache den wenigsten Ärzten bewusst.

Wenn man dazu noch weiß, dass mit jedem neu niedergelassenen Arzt die absolute Zahl der Patienten steigt und nicht umgekehrt, dann stimmt etwas nicht mit dem Selbstverständnis der Medizin. Ärzte haben doch nicht die Aufgabe, Patienten zu generieren, - statistisch ist das aber so, und vorderhand gibt es sicherlich etliche plausible Rechtfertigungen für diese Entwicklungen wie etwa die immer älter und polymorbider werdenden Patienten, zunehmende Vorsorge- und Gesunden-Untersuchungen, höhere Patientenansprüche und andere. Dennoch bleibt ein merkwürdiges Gefühl der Betroffenheit: irgendetwas scheint nicht in Ordnung?!

In der Medizin, aber auch in anderen, gesellschaftlich relevanten Bereichen hat sich ein Wissenschaftsdogma etabliert, etwa dergestalt, dass kaum jemand zu hinterfragen wagt, wenn es heißt, dies oder jenes sei wissenschaftlich oder durch Studien erwiesen. Für den heute tätigen Arzt lautet sein Credo: evidenzbasiertes, medizinisches Handeln. Und die so gewonnene, offenkundige Gewissheit (Evidenz) beruht auf statistisch ausgewerteten Daten, z.B. klinischer Studien, deren praxisrelevante Ergebnisse in diagnostischen und therapeutischen Leitlinien ihren Niederschlag finden und zu beachten sind so lange, bis sich durch aktuellere Studien neue Evidenzen ergeben.

Spätestens an diesem Punkt erhebt sich für den Autor dieser Zeilen die Frage, ob etwa die Herzinsuffizienz- und Diabetes-Patienten, die vor 40 Jahren mit Digitalis und Saluretika bzw. den damaligen Insulinen, Sulfonylharnstoffen und Biguaniden behandelt wurden, um soviel schlechter versorgt wurden im Vergleich zu heute, wo man die damaligen Therapien als überholt oder sogar als obsolet betrachtet; und wird man in weiteren zwanzig Jahren die heutigen Therapien als obsolet einstufen? Womöglich wird das in dem einen oder anderen Falle so sein.

Wie steht es also um die Bedeutung der Evidenz klinischer Daten? Und was ist das Wesen der wissenschaftlichen, evidenzbasierten Medizin?

Die Gruppe um den kanadischen Mediziner und Wissenschaftler David Sackett hat den Begriff der „Evidence-based Medicine“ (EbM) Anfang der neunziger Jahre des vorigen Jahrhunderts geprägt und inhaltlich ausgearbeitet. Hier in Europa fand dieses wissenschaftliche Konzept erst um die Jahrtausendwende Eingang und ist heute weltweit etabliert. Der Vollständigkeit halber sei an dieser Stelle daran erinnert, dass das Konzept der EbM auf drei Säulen ruht, der persönlichen Erfahrung und klinischen Expertise des Arztes, der Wertevorstellung und den persönlichen Präferenzen des Patienten und der wissenschaftlichen Evidenz der ärztlichen Empfehlungen und Handlungen, wobei im medizinischen Alltag oft nur die letztgenannte der drei EbM-Säulen Beachtung findet.

Um zu evidenten diagnostischen und therapeutischen Aussagen und Empfehlungen zu kommen, werden klinische oder im Falle der Grundlagenforschung experimentelle Studien nach den Regeln der Statistik durchgeführt und evaluiert. Die klinisch-wissenschaftliche Bedeutung und Aussagekraft der Ergebnisse dieser Studien wird durch Evidenzgrade beschrieben. Je höher der Evidenzgrad, um so aussagekräftiger das Studienergebnis und um so dringlicher die Leitlinien-Empfehlung.

Diese verkürzte und vereinfachte Darstellung des Prinzips der EbM mag hier genügen.

Ergänzend sei erwähnt, dass auch in den Zeiten vor Einführung der EbM klinische Studien der unterschiedlichsten Art durchgeführt wurden: etwa an Universitätskliniken und größeren Krankenhäusern, selten auch von niedergelassenen Ärzten; vor allem aber waren es die von der Pharma-Industrie veranlassten und finanzierten Therapiestudien, die der Gesetzgeber vor Zulassung eines neuen Arzneimittels u.a. fordert.

Da alles in dieser materiellen Welt polar ist, so gibt es wie immer ein Für und ein Wider, so auch bei der evidenzbasierten Medizin. Im vorliegenden Zusammenhang geht es nicht um eine Wissenschaftskritik, sondern um die Frage, ob dieses wissenschaftlich ausgerichtete, in sich plausible Medizinkonzept, das derzeit die Basis der ärztlichen Ausbildung und Handlung bildet und dessen Beachtung von offizieller Seite (Ärztelkammer, gesetzliche Krankenkassen, Rechtsprechung) dominant eingefordert wird, für eine patientengerechte, also individuelle ärztliche Behandlung genügt.

Zunächst sei noch auf ein echtes Dilemma der wissenschaftlichen Medizin hingewiesen, das bereits oben unter einem anderen Gesichtspunkt angesprochen wurde. Es sind die möglichen unerwünschten, die sog. Neben-Wirkungen aller chemischen Arzneien und die möglichen Komplikationen bei allen invasiven Eingriffen. Da die wissenschaftliche Medizin in einem Großteil ihrer Diagnostik und in allen Behandlungen nicht nebenwirkungsfrei ist, bedeutet jede ihrer Handlungen einen potentiellen Verstoß gegen das hippokratische „Primum nihil nocere“. Dieses bewusst bei jeder ärztlichen Maßnahme eingegangene Risiko eines potentiellen Schadens wird nur dann aufgewogen (nicht beseitigt, was auch der Gesetzgeber so sieht), wenn die medizinische Maßnahme dem Patienten mehr nützt als schadet, was nach ärztlicher Erfahrung als die Regel betrachtet wird, von Patienten unter Umständen aber ganz anders empfunden wird.

Jeder Arzt, der nur lange genug im Bereich der wissenschaftlichen Medizin tätig war, wird sich bei selbstkritischer Rückschau voller Unbehagen an Situationen erinnern, bei denen der Folgeschaden seines Handelns den erhofften Nutzen überwog.

Da evidente, medizinische Studien-Daten sowohl hinsichtlich der zu erwartenden als auch der möglichen unerwarteten bzw. unerwünschten Resultate immer eine prozentuale Wahrscheinlichkeit von $<100\%$ bzw. $>0\%$ angeben, ist im Einzelfall niemals sicher voraus zu sagen, was dem Patienten widerfährt.

Diese einerseits so banale und gleichzeitig so fundamentale Tatsache, so scheint es, ist vielerorts nicht im Bewusstsein oder wird nicht ernst genommen. Meistens haben wir Ärzte ja Glück, und man kann bei geringeren Nebenwirkungen den Patienten beruhigen. Das große Erschrecken und die Not erschüttern alle Betroffenen erst bei bedrohlichen oder gar letalen Nebenwirkungen oder Komplikationen.

Was sagt einem Patienten schon die Aussage, dass bei dieser Behandlung in 5 - 10% mit beträchtlichen Nebenwirkungen zu rechnen ist oder dass das Sterberisiko bei der empfohlenen Operation unter 2% liegt?! Natürlich geht er innerlich davon aus, dass schon

alles gut gehen wird; aber diese Hoffnung gründet in der Tiefe nicht auf der hohen prozentualen Wahrscheinlichkeit und Evidenz, sondern wesentlich auf dem Vertrauensverhältnis zu seinem Arzt.

Wer aber als Arzt so tut, als könne er zuverlässige Prognosen abgeben, was auch heute noch geschieht, der handelt fahrlässig und anmaßend. Allein der mit Empathie und Sachkenntnis aufgeklärte Patient kann und muss selbst Verantwortung übernehmen und entscheiden, ob und ggf. welche der empfohlenen diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen bei ihm durchgeführt werden. So auch - wie bekannt - die Rechtsprechung.

Ein Arzt handelt auch dann gegen ärztliche Ethik und geltendes Recht, wenn er aufgrund seiner Autorität und wissenschaftlich begründet einem Patienten eine Maßnahme - welcher Art auch immer - aufdrängt. Die autonome Entscheidungsfreiheit des Patienten muss gewahrt bleiben. Und bei nicht entscheidungsfähigen Kranken (etwa geistig Behinderten, hoch Betagten, kognitiv Eingeschränkten oder Dementen) heißt es, umso zurückhaltender und behutsamer zu sein; denn bei diesen meist geriatrischen, oft polymorbiden Patienten können Arzneien und Eingriffe aller Art viel eher zu unerwünschten Wirkungen führen. Neben den allgemeinen Leitlinien ist hier vorrangig menschliche und ärztliche Erfahrung gefragt; und immer wieder hat sich ein beobachtendes Abwarten besser bewährt als rasches Intervenieren.

Vielleicht ist es wirklich so, dass die statistische Methode zur Datengewinnung, die ja weltweit als goldener Standard betrachtet wird und deren evidente Resultate zur Handlungsmaxime werden, für den individuellen Menschen nur bedingt geeignet ist, da doch jeder Mensch ein anderer, ein einzigartiger ist. Die Statistik setzt Gleichheit der zu untersuchenden Merkmale voraus. Und ist etwa bei einer RR-Therapiestudie der Bluthochdruck der Studienteilnehmer, die alle eine verschiedene Biographie, ein unterschiedliches Schicksal und verschiedene Lebensbedingungen haben, ganz abgesehen von völlig verschiedenen biologischen Parametern, tatsächlich als ein vergleichbares Merkmal zu betrachten?

Um sich einen Überblick über eine Population zu verschaffen, ist die statistische Methode die richtige. Man erfährt so etwas über Mehrheiten, aber was ist mit den Ausnahmen, die es bei jeder Studie gibt? Sind sie nicht die eigentlich interessanten Fälle, welche nicht in das Mehrheitskonzept passen?

Dem einzelnen Kranken wird man immer wieder nur individuell gerecht werden können; und das kann ggf. bedeuten, dass der verantwortungsvolle Arzt von der evidenzbasierten Leitlinie abweichen muss, wenn er seinem Patienten gerecht werden will. Und wie oft kann

man etwa im Rahmen einer Hochdruckbehandlung gerade bei betagten Patienten erleben, dass der Blutdruck zwar gesenkt werden konnte, der Patient sich jedoch schlechter fühlt als mit erhöhten RR-Werten. Die Hochdrucktherapie samt ihrer möglichen Begleiterscheinungen ist nur ein Beispiel; im Praxisalltag gibt es zahlreiche andere Beispiele für unangenehme, arzneimittelbedingte Begleiterscheinungen, wenn man als Arzt in Ruhe und unvoreingenommen den Patientenäußerungen zuhört und sie ernst nimmt. Und welcher Arzt vermag für diesen individuellen Menschen zu sagen, was für ihn das Beste ist, - die Therapie abbrechen, ändern oder trotz Beschwerden weiterführen wegen des statistisch evidenten, besseren klinischen Outcomes unter dieser Therapie?

Wie bereits angedeutet, stellen sich solche Fragen in besonderem Maße in der Geriatrie. Man nehme zur Kenntnis, dass die allermeisten Arzneimittel nicht im Sinne der Arzneimittelprüfung an Menschen in höherem Lebensalter geprüft wurden. Das bedeutet, - wollte man nach wissenschaftlichen Kriterien handeln -, dass die allermeisten üblichen Arzneimittel alten betagten Patienten überhaupt nicht verabreicht werden dürften, da für sie keine geprüften Daten vorliegen. Man tut es, streng genommen, *off label* in Analogie zu Daten, die an jüngeren Personen erhoben wurden, obwohl bekannt ist, dass der ältere Organismus in vielerlei Hinsicht anders reagiert als der jüngere. Nun sind es aber gerade die Alten in unserer Gesellschaft, die wie selbstverständlich, da ja polymorbide, von den Ärzten mit den meisten Arzneimitteln pro Kopf „versorgt“ werden. Diese Patienten nehmen oft mehr als fünf und sogar zehn verschiedene Medikamente pro Tag ein, Chemikalien also, von denen jede einzelne potentielle unerwünschte Wirkungen entfalten kann, und von denen niemand weiß, welche Wechselwirkungen untereinander mit möglichen Schädigungen auftreten können. Massive Nebenwirkungen fallen ja günstigenfalls gleich auf, und man kann darauf entsprechend reagieren. Was ist aber mit den möglichen schleichenden, allmählich das „Fass zum Überlaufen bringenden“ Beeinträchtigungen, die nach längerer Zeit immer schwerer oder gar nicht mehr zu deuten und auf das möglicherweise auslösende Agens zurück zu führen sind?!

Zur Erinnerung: die üblichen Arzneimittelstudien inklusive der sog. Metaanalysen umfassen Therapiezeiträume von wenigen Jahren, und Arzneimittelnebenwirkungen sind in aller Regel nur nebensächlich erwähnt und fast nie aus Sicht der Patienten. Bei den statistisch häufigsten, den chronischen Erkrankungen ist die Arzneimitteltherapie von vornherein lebenslang vorgeplant, - und niemand weiß bislang, was langfristige Arzneimittelaufnahmen für Auswirkungen haben; die ärztliche Gemeinschaft nimmt die bei den polymorbiden, in nahezu 90% mit reichlich Arzneimitteln behandelten Alten zu

beobachtenden physiologischen und geistigen Veränderungen als „normal“ zur Kenntnis. Man tut so, - und die Allgemeinheit samt der Statistik bestätigen es vorderhand -, dass Alter *per se* mit Krankheit assoziiert sei.

Wer weiß denn, welchen Einfluß unsere Zivilisation, zu der auch unsere moderne Medizin gehört, auf unsere Gesundheit bzw. auf unser Kranksein hat?!

Aus wissenschaftlicher Sicht ist die oben genannte, weltweit verbreitete Meinung: „Alter = Kranksein“ nicht korrekt. Die statistische Verteilung besagt dies zwar, aber Alter als Ursache für Krankheit ist nicht bewiesen! Korrelation und Kausalität sind verschiedene Dinge!

Im Alten Testament etwa, das ca. Zweidrittel der Menschheit anerkennt, ist von Menschen die Rede, die in höchstem Alter „satt des Lebens“ starben. Mit keinem Wort wird da von zehrenden Krankheiten oder Siechtum im Alter gesprochen. Eine Ausnahme bildet das Buch Hiob; jedoch handelt es sich bei Hiobs Leiden um eine spezielle Prüfung, die ihm von Gott auferlegt wurde.

Die Anzahl der Alten in unserer Gesellschaft nimmt ständig zu, und laut Statistik nehmen ca. 90% dieser Betagten regelmäßig Arzneimittel ein. So darf man wohl annehmen, dass eine erhöhte Letalität als Folge der Polypharmazie eher unwahrscheinlich ist, wenngleich ein die Gesundheit fördernder Effekt ebenso unwahrscheinlich zu sein scheint, da die Alten trotz der vielen Arzneien viel häufiger Krankenhausbehandlungen benötigen als jüngere Patienten. Aber das sind Mutmaßungen, die sich uns aufdrängen, wirklich wissen im Sinne der EbM tun wir es nicht.

Was wir ebenfalls nicht wissen, ist, wie sich der klinische Verlauf der meist chronischen Erkrankungen ohne die Multimedikation entwickeln würde. Studien zur Klärung solcher Fragen gelten als unethisch und sind auch in Zukunft nicht zu erwarten. Dennoch bleiben diese Fragen aus Sicht eines unbefangenen, neutralen Wissenschaftlers durchaus berechtigt. Und sie betreffen nicht nur die Pharmakotherapie, sondern auch andere, eingreifende Therapiearten wie etwa Operationen und Bestrahlungen bei diversen Tumoren. Man geht selbstverständlich davon aus, dass die jeweiligen pharmakologischen, strahlentherapeutischen oder auch operativen Behandlungen den Patienten mehr Vorteile bringen als der natürliche, unbeeinflusste Krankheitsverlauf oder auch alle alternativen, nebenwirkungsarmen oder -freien Therapieverfahren. Ob diese Annahmen im konkreten Einzelfall zutreffen, weiß niemand !

Betrachtet man die Natur, dessen Teil auch der Mensch ist, so sieht man, dass sie bestrebt und imstande ist, alle katastrophalen Auswirkungen (siehe Vulkanausbrüche, Überschwemmungen, etc.) aus eigener Kraft mit Zeit zu überkommen und auszugleichen. Andererseits hat die Wissenschaft mittlerweile erkannt, dass alle Eingriffe des Menschen in die Natur zwangsläufig, also gesetzmäßig Folgen haben, die zu oft im Nachhinein als nicht erwünscht erkannt werden (vgl. Bergbau, Regenwald-Rodung, Flussregulierungen, Pestizide, Überdüngung, etc.).

Wie ist das mit dem Menschen? Würden nicht auch bei ihm im Falle einer Katastrophe / Krankheit über Zeit heilend regulierende Kräfte einsetzen, wie wir sie ja bei manchen sog. Bagatell-Krankheiten bereits kennen?! - Aber die meisten Menschen in unseren zivilisierten Gesellschaften haben „keine Zeit“ mehr für Selbstheilungsprozesse. Man will den sofortigen Erfolg, um wieder - wo auch immer - funktionieren zu können.

Die Erfahrungen aus der Natur zeigen auch, dass unterstützende, einfühlsame Maßnahmen nur geringe und kaum negative Nebenwirkungen haben (z.B. Almwirtschaft), während massive Eingriffe ebenso massive, folgenschwere Konsequenzen nach sich ziehen. Könnte das beim Menschen nicht ähnlich sein?

Was sich wohl jeder verantwortungsvolle Arzt wünschen würde, das wäre eine wirksame, evidenzbasierte, nebenwirkungsfreie Therapieoption, die es allerdings, wie bereits erwähnt, in der wissenschaftlichen Medizin nicht gibt. Allerdings gibt es sehr wohl erfolgreich und nebenwirkungsarm behandelte Fälle mit unterschiedlichen, auch schweren Erkrankungen, die ausschließlich „alternativ“ behandelt wurden, etwa mit Akupunktur oder Homöopathie (eigene Beobachtung), auch mit schamanistischen Methoden (Afrika, Südamerika) oder mit religiösen Heilungsritualen (Fatima); aber sie bleiben entweder singulär wie etwa in Fatima, oder erreichen in entsprechenden Studien nicht den geforderten Evidenzgrad, um sie aus wissenschaftlicher Sicht empfehlen zu können. Eine gewisse Ausnahme bildet die Akupunktur, die mittlerweile bei einigen wenigen Indikationen sogar von den Krankenkassen anerkannt und honoriert wird. Während vor 30 bis 40 Jahren die Beschäftigung mit Akupunktur noch zum Ausschluss aus medizinischen, wissenschaftlichen Gremien führen konnte, ist die überwiegende Mehrheit der Ärzteschaft heute deutlich offener und toleranter gegenüber empirischen Heilmethoden. In der medizinischen Universität Wien (AKH) gab es von 2004 bis 2018 sogar eine Ambulanz für Homöopathie, genauer eine Spezialambulanz „Komplementärmedizin in der Onkologie“,

die aber wieder geschlossen wurde, weil sich die MedUni von unwissenschaftlichen Verfahren und Scharlatanerie klar distanzieren wollte, so die offizielle Verlautbarung.

Unwissenschaftlichkeit im Sinne der EbM mag prinzipiell zutreffen, wäre aber noch kein vernünftiger Grund für eine kategorische Ablehnung der Homöopathie, da in etlichen Bereichen der Medizin auch nur empirisch vorgegangen werden kann: die sog., *orphan diseases* gehören dazu und noch viel wichtiger die wesentlichen und gelegentlich sogar den Krankheitsverlauf bestimmenden Eigenschaften eines Arztes wie natürliche Autorität, Geistigkeit, Empathie, Demut und Bescheidenheit, welche für Patienten mitunter heilsamer wirken können, als alle wissenschaftlich fundierten Therapien, aber niemals mit den Methoden der EbM erfasst werden (können). Ein Arzt wirkt *per se* - in die eine oder andere Richtung; und solche Wirkung ist nur erlebbar, erfahrbar, also empirisch.

Für Ärzte, die empirische, nicht wissenschaftliche Therapiearten beherrschen, sind sie ein wesentlicher Bestandteil ihrer ärztlichen Erfahrung. Sie der Scharlatanerie zu bezichtigen, ist anmaßend und unkollegial. Wer Heilungserfolge erlebt hat, sei es als behandelnder Arzt oder als behandelter Patient, für den löst die wissenschaftliche Beurteilung, dass diese Therapie eigentlich wirkungslos sei, nur Schmunzeln aus.

Der Autor dieser Zeilen, selbst nicht homöopathisch tätig, hat unter anderen eine Anzahl von ca. 40 Patienten im jetzigen Alter zwischen 70 und 91 Jahren über im Mittel 20 Jahre regelmäßig betreut. Außer gelegentlichen, aktuell und gezielt verabreichten Analgetika oder Antibiotika für kurze Zeit, etwa bei Koliken, Bandscheibenschäden, Myogelosen, aktivierten Arthosen, Migräneanfällen, Verletzungen, Zahngranulomen, Zystitiden oder perioperativ, hat niemand dieser Patienten regelmäßig über längere Zeiträume irgendein allopathisches Arzneimittel eingenommen. Alle wurden wunschgemäß homöopathisch behandelt, fühlen sich zur Zeit altersentsprechend rüstig, können sich selbst versorgen und leben autonom in eigener Wohnung bzw. Wohngemeinschaft. Ein kleiner Teil der Patienten hat nachweislich erhöhte LDL-Cholesterin- und Triglyceridwerte, bei einem Teil der betagten Frauen besteht klinisch der Verdacht auf eine Osteoporose, vier Patienten haben Niereninsuffizienzen unterschiedlicher Schweregrade ohne subjektive Symptome und bei den meisten sind die in der Ordination gemessenen Blutdruckwerte mehr oder weniger deutlich erhöht. Alle Patienten wurden auf entsprechende Pharmakotherapien zur Vermeidung potentieller Spätfolgen hingewiesen, die aber nicht gewünscht wurden. Einige wenige haben eine Hypertonie-Behandlung für kurze Zeit versucht, wegen Unverträglichkeit jedoch wieder abgesetzt. Der Versuch eines Arzneiwechsels war nicht

erwünscht. Alle haben eine klinisch und/oder sonographisch nachweisbare, asymptomatische Arteriosklerose. Ein 92-jähriger Patient ist dement und bedarf einer 24-Stunden-Betreuung; behandlungsbedürftige körperliche Erkrankungen bestehen bei ihm nicht.

Besonders erwähnt sei eine Patientin, die mit 69 Jahren an einem hormonsensitiven, lokal in die Axellymphknoten metastasierten Mamma-Ca operiert wurde. Die ihr als Minimum empfohlene postoperative Behandlung mit Aromatase-Inhibitoren und die Strahlentherapie wurden von der Patientin nicht gewünscht. Trotz meiner Bitte an den Operateur, die Patientin nicht mit einer Prognose zu ängstigen, konnte er es sich nicht „verkneifen“, die Frau mit der Aussage zu konfrontieren, sie würde ohne die ihr angeratene postoperative Zusatztherapie die nächsten fünf Jahre nicht überleben. Sie ist weiterhin ausschließlich homöopathisch behandelt worden, ist klinisch Rezidiv-frei, fühlt sich bei konstantem Gewicht und gutem Appetit wohl, ist in ihrem Alltag leistungsfähig, hat in ihrem fortgeschrittenen Alter noch die Betreuung eines Migrantenkindes übernommen und mittlerweile die Operation trotz der unkollegial und unärztlich ausgesprochenen Prognose um zehn Jahre überlebt.

Es gäbe noch einige andere, ebenso erstaunliche, weil nach üblicher medizinischer Erfahrung nicht zu erwartende Krankheitsverläufe ohne Anwendung der üblichen Therapien zu berichten. Aus wissenschaftlicher Betrachtungsweise bleiben es empirische Einzelfälle ohne allgemeine Bedeutung. Für die betroffenen Patienten allerdings sind es bleibende und glückliche Erfahrungen voller Dankbarkeit. Als betreuender Arzt nehme ich diese Beobachtungen staunend zur Kenntnis wissend, dass es jenseits der Wissenschaft noch mehr gibt, als gemeinhin angenommen; auch dies ist Teil meiner ärztlichen Erfahrung.

Eine weitere, weit verbreitete Annahme lautet, unsere heutige wissenschaftliche Medizin sei die fortschrittlichste (unausgesprochen meint das auch die beste) aller Zeiten, und die vor allem seit Beginn der Neuzeit zu beobachtende, deutliche Verlängerung der Lebenszeit der Menschen sei dem Fortschritt der Medizin zu verdanken. Wohlgermerkt: eine Annahme! Ein wissenschaftlicher Nachweis hierfür steht aus. Wie sollte man ihn auch führen! Zudem wird dieser „Zugewinn“ an Lebenszeit bei weitem nicht von allen Betroffenen als echter Gewinn empfunden; wie sonst wäre die zunehmende Debatte um Sterbehilfe zu verstehen!

Was den vielgerühmten Fortschritt der Medizin betrifft, so sei daran erinnert, dass während der vergangenen 70 - 80 Jahre nicht die eigentliche Medizin, sondern die Medizin-Technik den größten und eindrucksvollsten Anteil an den Neuerungen der modernen Medizin hat. Als Beispiele hierfür seien die technischen Voraussetzungen für zahlreiche minimal invasive Eingriffe, Materialverbesserungen bei Implantaten und Kathetersystemen aller Art, verschiedene hochauflösende bildgebende Verfahren, Pumpen- und Schrittmacher-Systeme genannt. Die Grundlagenforschung (vor allen die Molekularbiologie, Gentechnologie, Onkologie) und auch die klinisch-pharmazeutische Wissenschaft haben vereinzelt heilende, öfter lebensverlängernde Behandlungsoptionen entwickelt (vgl. Kinder- u. Erwachsenen-Onkologie); der größte Teil aller chronischen Erkrankungen (Herz-Kreislaufkrankungen, Diabetes mellitus, rheumatische und degenerative Erkrankungen, alle chronischen neurologischen Erkrankungen) ist jedoch nach wie vor nur behandelbar, nicht aber heilbar.

Hierzu kontrastiert die seit der Nachkriegszeit exponentiell anwachsende und mittlerweile unüberschaubare Fülle an wissenschaftlich zutage geförderten Detailkenntnissen in nahezu allen Bereichen der Medizin; und man geht davon aus, dass sich mittlerweile das gesamte medizinische Wissen innerhalb von vier bis fünf Jahren verdoppelt. Welche Konsequenzen dies sowohl für den einzelnen Arzt, als auch für die Patienten mit sich bringt, darüber lohnt sich nachzudenken und ist eine eigene Betrachtung wert.

Uns interessiert hier eher die Frage nach dem Sinn und Wesen solchen Fortschritts, der weltweit mit anhaltendem Engagement betrieben und in ungezählter Billionenhöhe finanziert wird.

Dazu einige Anmerkungen aus gänzlich anderem Blickwinkel.

Es sei daran erinnert, dass unser Denken und Urteilen in unmittelbarem Zusammenhang steht mit Sprache; wir denken in Begriffen, die Träger von Inhalten sind, und ziehen aus gedanklichen Überlegungen unsere Schlüsse. Da die inhaltliche Bedeutung der Begriffe nicht für jeden Menschen gleich ist, sondern unter anderem abhängt von Bildung, Erfahrung und daraus gewonnenen Überzeugungen, ebenso seinem Denkvermögen, also durchaus subjektiv ist, folgen trotz gleich klingender, objektiver Begriffe unterschiedliche subjektive Überlegungen samt verschiedener Urteile und Bewertungen.

Beurteilungen und Wertungen aber, denen nahezu alle Menschen in mehr oder weniger starkem Ausmaß unterliegen, sind - da subjektiv - die eigentliche Crux in jeglicher

zwischenmenschlichen Beziehung, so auch in der Arzt - Patienten Beziehung. Da Wertungen in aller Regel mit den moralisierenden Begriffen „gut / böse“ oder auch „richtig / falsch“ belegt sind, sind Unbehagen oder gar Konfrontation zwangsläufige Folge, sofern das Gegenüber nicht die gleiche Bewertung teilt. Medizinbeispiele hierfür sind die immer wieder mit unterschiedlicher Schärfe geführten Streitereien um den Stellenwert der Homöopathie und anderer, sog. alternativer Heilverfahren oder auch der Impfungen; und selbst evidenzbasierte Studienergebnisse werden von den sog. Experten mitunter verschieden bewertet. Auch im Beziehungsalltag der Menschen und der Nationen untereinander sind unzählige Beispiele erkenntlich, die aufgrund unterschiedlicher Bewertungen und Moralvorstellungen Konflikte oder gar Katastrophen heraufbeschwören können.

Um dem eigentlichen Inhalt eines sprachlichen Begriffes nahe zu kommen, lohnt es sich, das Wort auf seinen Ursprung zurückzuführen. *Fortschritt* etwa bedeutet, dass jemand oder etwas immer weiter voran schreitet. Wer aber immer weiter *fort schreitet*, kommt nie an, das heißt, er hat kein Ziel.

Bezogen auf Wissenschaft bedeutet dies dasselbe: sie hat kein definiertes Ziel. Seit etwa 2.400 Jahren, also der Zeit des Hippokrates, wird Wissenschaft betrieben, und das mit zunehmender und während der letzten ca. 150 Jahre mit exponentiell wachsender Intensität. Und es darf erwartet werden, dass diese Tendenz auch weiterhin anhält - und ziellos bleibt /bleiben muß!

Das bedeutet, alle Erkenntnis aus dieser Wissenschaft schafft zwar, wie das Wort sagt, Wissen, bleibt aber zugleich relativ, bezogen auf den jeweiligen Zeitpunkt der gewonnenen Erkenntnis. Das heißt auch, sie ist niemals wahr und damit unumstößlich und beständig; denn erreichte Wahrheit wäre ja ein Ziel und würde weitere Wissenschaft überflüssig machen.

In diesem Zusammenhang sei darauf hingewiesen, dass Krankheit nicht allein funktional, wie derzeit weltweit üblich, betrachtet werden kann, sondern auch inhaltlich (s. Th. Dethlefsen, R. Dahlke 1988). Das heißt etwa, die Frage zu stellen: hat Krankheit einen Sinn? Kann man sie vermeiden? Kann man vielleicht sogar aus ihr lernen und sie inhaltlich überwinden? - Alte Kulturen wussten hier mehr; doch das ist ein eigenes Thema. Trotz aller Bemühungen ist es der Medizin bisher nicht gelungen, Krankheiten auszurotten. Das scheint doch darauf hinzuweisen, dass Krankheiten Teil der Natur sind und vom

Menschen nicht ohne weiteres beseitigt werden können, weil sie vielleicht notwendig und sogar sinnvoll sind, wie alle Natur. Versucht der Mensch den Vernichtungskampf gegen Krankheit dennoch, wie etwa mit Pestiziden und Antibiotika, so hat das Konsequenzen, die für die gesamte Natur zum Teil erhebliche Folgen haben, wie man heute weiß. Wenn Abermillionen Menschen und noch mehr Nutztiere täglich chemische Arzneimittel (weltweit Millionen Tonnen medizinisch verordneter Chemikalien) einnehmen und deren Ausscheidungsprodukte über die Abwässer in die Umwelt (Grundwasser) gelangen, so weiß heute niemand, was das für Folgen in der Zukunft für Mensch und Tier hat. Bislang scheint der größte Teil der Menschheit mit diesen Bedingungen irgendwie zurecht zu kommen. Aber anhand der oben für Österreich aufgezeigten Zahlen, die im Prinzip für alle Industrienationen gelten, bleibt doch auch hier die Frage, warum die Menschen trotz größter medizinischer Bemühungen eher kränker werden....

Alle hier geäußerten Überlegungen und kritischen Bemerkungen dürfen nicht dahingehend mißverstanden werden, dass auf forschende, (natur-)wissenschaftliche Arbeit verzichtet werden könnte. Wir Menschen haben - so die derzeitige, weltweite Überzeugung - bislang keine bessere Option zur Gewinnung von Erkenntnissen gefunden als die immer mehr in die Breite gehende, Daten sammelnde und sie statistisch auswertende und interpretierende Wissenschaft. Ausnahmen sind nur jene wenigen Genialen, die teils bewundert, teils skeptisch betrachtet werden und deren Wissens- bzw. Erkenntnisquellen der Allgemeinheit verborgen bleiben. Die große, auf die Wissenschaft vertrauende Mehrheit jedenfalls ist angewiesen auf die herkömmliche, wissenschaftliche Forschung, und sie ist gut beraten, sich immer der Relativität ihrer Erkenntnisse bewusst zu bleiben, die heute aktuell und Richtungweisend, morgen aber bereits überholt sein können. Einen Wahrheitsanspruch, wie gelegentlich fälschlich angenommen, kann Wissenschaft niemals haben.

Wer sich diese einfachen Zusammenhänge klar macht, wird immer dann aufhorchen, wenn neue Erkenntnisse oder sog. Leitlinien mit „dogmatischem“ Anspruch vorgetragen oder vertreten werden; man sei sich klar darüber, dass alle wissenschaftlichen Erkenntnisse, da mit statistischen Methoden gewonnen, Wahrscheinlichkeiten widergeben, demnach im Einzelfall auch unzutreffend sein können, wie die jeweiligen Ausnahmen beweisen. Und es bedeutet auch, dass es ein absolutes Richtig oder Falsch nicht gibt. Diese Begriffe sollten aus dem ärztlichen Denken gestrichen werden, insbesondere im Umgang mit und in den Empfehlungen gegenüber Patienten. Immer noch

zu hörende, verbale Übergriffe wie „Wenn Sie das oder jenes nicht tun, wird dies oder das eintreten“ oder „Dies gehört unbedingt operiert, sonst...“ führen meist zu einer angstvollen Beunruhigung der Patienten, die ein Arzt niemals verursachen darf, zumal sie, wie oben dargelegt, auch falsch sein können.

Gerade junge, wissenschaftsbegeisterte Menschen unterliegen der Gefahr der Hybris, indem sie geneigt sind, universitär gelehrtes Wissen für absolut zu nehmen, nicht zuletzt, weil die Relativität wissenschaftlicher Erkenntnisse nicht in entsprechender Weise vermittelt wird. Und das gilt auch für die Physik, die um ein vielfaches exakter ist als die Medizin (s. Feynman, 2015).

Was Not tut als Gegengewicht gegen die Gefahr der Wissenschafts-Hybris - und das ist die Erfahrung nicht nur der Alten in der Medizin - sind Demut und Bescheidenheit, gewonnen, wenn schon nicht aus religiös begründetem Menschenbild, so doch zumindest aufgrund selbst- und fremdkritisch angeregten Nachdenkens und wachsender Beobachtung, die dann zu entsprechender Erfahrung reifen kann.

Solche Eigenschaften, besser Tugenden, erscheinen vielen Menschen in unserer wesentlich von wirtschaftlichen Interessen bestimmten Welt, auf deren Zufriedenheitsskala positive Umsatzzahlen und steigende Aktienkurse ganz oben rangieren, wie Fossile aus einer anderen Welt.

Betrachtet man wieder die Wortherkunft und eigentliche Bedeutung der Begriffe Demut und Bescheidenheit, so leitet sich Demut zum einen von dem althochdeutschen *diomuoti* = *dienende Gesinnung, Dienstwilligkeit* und zum anderen von der indogermanischen Verbalwurzel *me-* oder auch *mo-* = *streben, trachten, begehren* ab.

Bescheidenheit gründet bedeutungsmäßig im Verb und Adjektiv *bescheiden*, das in der mittelalterlichen Rechtssprache bedeutete *vom Richter bestimmt, zugeteilt, festgesetzt*; dann wurde es von Personen gebraucht, die *sich bescheiden ließen, sich zu bescheiden wussten* und deshalb als *einsichtsvoll, erfahren, verständig, klug* galten (s. Duden, Herkunftswörterbuch 2001).

Sind nun nicht Dienstwilligkeit für den Patienten und einsichtsvolle Klugheit als Gegengewicht zu arroganter Hybris geradezu notwendige und über alle Maßen erstrebenswerte Eigenschaften eines Arztes?

Nun zum eigentlichen Wesen der wissenschaftlichen Medizin.

Bei den Sumerern, Assyern, Babyloniern, Ägyptern bis hin zu den Griechen gab es bereits eine erstaunliche Kenntnis medizinischen und therapeutischen Wissens, wie uns die Geschichte der Medizin (Max Neuburger, 1906) lehrt. Dieses Wissen hat in den vergangenen ca. 3.000 Jahren bis heute erwartungsgemäß erheblich zugenommen und tut es weiterhin in exponentiellem Ausmaß. Der Unterschied im Wissen der Medizin des Altertums im Vergleich zur Medizin der Gegenwart ist quantitativ sehr groß, wäre allerdings - für sich betrachtet - noch kein wesensmäßiger, qualitativer Unterschied. Das völlig Andere, das Wesentliche der alten Heilkunst war ihre transzendente Ausrichtung; sie war Priestermedizin und damit auf die Gottheit ausgerichtet; ihr Streben und Handeln vom Patienten zum Priesterarzt und weiter zur Gottheit und zurück findet, bildlich gesprochen, in der Vertikalen statt. Ihr entscheidendes Behandlungsprinzip war das Heilritual (z.B. der Tempelschlaf), und die Funktion des Priesterarztes war die des Mittlers, des in der Mitte zwischen der Gottheit und dem kranken Menschen stehenden *Medicus*, der detaillierter diagnostischer Kenntnisse im heutigen Sinne nicht bedurfte, da er als Berufener im Auftrag der wissenden Gottheit handelte; und der Kranke brauchte weder etwas verstehen, noch musste er über irgendetwas aufgeklärt werden. Er brauchte sich nur in innerlicher Bereitschaft dem Ritual auszusetzen. So konnte dann Heilung geschehen (s. auch H. Blüher, 1926).

Diese Form der geistig-seelischen, transzendental ausgerichteten (vertikalen) Heilweise setzt selbstverständlich ein religiös fundiertes Menschen- und Weltverständnis voraus, das sich bei den Naturvölkern bis heute erhalten hat und in den zivilisierten Nationen seit Jahrhunderten, allerdings mit abnehmendem Einfluß von den Kirchen vermittelt wird. Geistige Behandlungen in Form von Heilritualen, wie sie von Schamanen und Stammes-Oberen auch heute noch regelhaft vorgenommen werden, führen die Kirchen nicht mehr durch; in früheren Zeiten und vereinzelt noch in der Neuzeit waren Exorzismen üblich, die von speziell ausgebildeten Priestern durchgeführt wurden. Heute beschränken sich die Kirchen überwiegend auf Krankenbetreuung und sakramentale Sterbebegleitung. Heilungsrituale finden ausnahmsweise noch an manchen Pilgerorten statt (z.B. in Fatima).

Der große fundamentale, wesensmäßige Wandel hin zu einer ausschließlich säkularen, rein funktionalen und materialistischen Medizinauffassung begann laut Angaben der

Historiker (s. auch H. Blüher, 1926) etwa um 400 v.Chr. mit der Abkehr von der Priestermedizin der Asklepiaden. Was folgte, war die Entwicklung einer sich bis zum heutigen Tage fortsetzenden, beobachtenden, zunächst induktiv vorgehenden und dann immer mehr deduktiv arbeitenden, Hypothesen bildenden wissenschaftlichen Methodik, die man im Unterschied zur vertikalen Ausrichtung der Priestermedizin als in die Breite gehende und somit horizontal ausgerichtete Denk- und Vorgehensweise bezeichnen kann. Hippokrates von Kos (ca. 460 - 370 v.Chr.), selbst noch dem Geschlecht der Asklepiaden entstammend und sich in seinem berühmt gewordenen Eid noch auf den Gott Asklepios und andere Götter beziehend, und seine Schüler und Nachfolger gelten als die bedeutsamsten Vertreter dieser neuen Medizinrichtung, weshalb Hippokrates mit Recht als Stammvater der modernen Medizin gilt.

Während das Amt eines Priesterarztes nur wenigen Berufenen und Eingeweihten vorbehalten und an das Beachten bestimmter ethischer und religiöser Regeln geknüpft war, ist die naturwissenschaftlich ausgerichtete Medizin von heute grundsätzlich jedem zugänglich, der den für das Medizinstudium erforderlichen Schulabschluss und positiven Vorprüfungsbescheid mitbringt. In früheren Zeiten bis zum Beginn der Neuzeit übliche, das Denken und Handeln leitende soziale, philosophische und religiöse Kenntnisse, die persönlichkeitsbildend sind, werden heute nicht mehr generell verlangt und gelehrt. Sie sind weitgehend dem funktional ausgerichteten, säkularen Arztrecht gewichen, welches detailgenau alle formalen Rechte und Pflichten eines Arztes regelt. Es darf angenommen werden, dass das frühere Arzttum in inhaltlicher Hinsicht geistiger ausgerichtet war, während heute der erfolgreiche Mediziner eher als ein rational und funktional agierender Intellektueller imponiert.

Eine solche Entwicklung im Selbstverständnis der Medizin hat zwangsläufig Auswirkungen auf die gesamte Gesellschaft. Während eine rituelle, zur Gottheit hin ausgerichtete und von ihr geleitete Heilungsweise den Menschen immer nur in seiner Gesamtheit und in selbstverständlich vorausgesetzter Hierarchie von Geist, Seele, Körper betrachtet und primär auf das geistig-seelische Heilwerden des Menschen - im christlichen Sinne würde man von Erlösung sprechen - abzielt, begnügt sich die naturwissenschaftliche Medizin mit der Erkennung und Behandlung von materiell/körperlich begründbaren Erkrankungen. Da aber nur der Mensch (als Gesamtheit) krank sein kann, fühlt sich ein sensibler Patient selbst nach überstandener schwerer, rein funktional behandelter, körperlicher Krankheit dann noch unwohl, wenn ein Rest seelischen oder geistigen Unbehagens, das er aus eigener Kraft nicht überkommen kann, übrig bleibt. In solchen Fällen, wenn überhaupt,

versuchen seit Sigmund Freud die Psychotherapeuten den Mangel der wissenschaftlichen Medizin auszugleichen. Für einen religiösen Menschen - hier ist nicht zwangsläufig ein konfessionell Gebundener gemeint - kann natürlich menschliche Psychologie niemals als Ersatz für ein transzendental ausgerichtetes Ritual dienen. Dennoch dürfte die Psychologie für viele Menschen hilfreich sein, da sie gar keinen Jenseits-Bezug kennen. Das *ego te absolvo* aber kann die Psychologie niemals leisten.

Wenn man die oben umrissenen, historisch nachweisbaren, geistig-kulturellen Veränderungen im Selbstverständnis der Medizin seit ihren erkennbaren Anfängen bis heute betrachtet, so ist es doch einer Reflexion darüber wert, welche Heilungsart wohl dem Menschen angemessener sein mag: die magisch-rituelle Medizin als geistige Heilungsart mit transzendentelem Bezug, oder dem gegenüber die vom Menschen entwickelte, rational begründbare, naturwissenschaftliche Medizin und Psychologie der Neuzeit bis heute ?

Ergänzend sei erwähnt, dass in früheren, griechischen Zeiten (5. Jh. v. Chr. bis weit in die nachchristliche Epoche) die Begriffe *Weiser* oder *Freund der Weisheit* = *Philosoph* für reife, geistig hoch stehende Persönlichkeiten gebräuchlich waren, während, beginnend in der Renaissance und kulminierend in der Zeit der Aufklärung (18. Jh.), die Ratio den Primat menschlicher Überlegenheit übernahm und die Begriffe *intellektuell* samt des dazu gehörenden Substantives *Intellektueller* gebräuchlich wurden zur Beschreibung eines verstandesmäßig begabten Menschen mit besonderen, rationalen Fähigkeiten, z.B. eines Wissenschaftlers mit universitärer Reputation, wie er heute als sog. Experte und Berater in allen wirtschaftlich und politisch relevanten Gremien tätig ist.

Der Unterschied zwischen dem Weisen von einst und dem heutigen, hochbegabten Intellektuellen ist fundamental (s. H. Blüher, 1920). Jener hat Bezug und ist offen für objektive Wahrheit, die ihm auf „geniale“ Weise, also mittels eines Genius, zuteil werden kann, er ist also vertikal ausgerichtet; dieser ist als ein Mensch aus eigenem, ich-bezogenen Antrieb nur fähig, in die Breite, also horizontal zu denken und zu forschen, in diesem Sinne - wie dargelegt - ziellos und zwingend subjektiv bleibend, da alle seine Forschungen immer an ihn selbst oder andere Subjekte gebunden sind. Dass sich dennoch bei ihm Weisheit im Laufe der Jahre und des älter Werdens einstellen kann, ist wohl bei entsprechender Reifung möglich, aber nicht selbstverständlich. Beispiele für begabte Intellektuelle finden sich überall: in jedem Krankenhaus und in den Ordinationen

und ganz allgemein auch täglich in den Medien, etwa in sog. Experten-Diskussionsrunden. Dem Typus des Geistigen oder gar einem Weisen begegnet man nur selten. Er ficht seine Kämpfe nicht in Diskussionen, sondern mit sich selbst und seinem Dämon aus (s. St. Zweig, 1925).

Zurück zur alltäglichen ärztlichen Praxis: Es sind vor allem die alten, in ihrem letzten Lebensabschnitt stehenden Patienten, die - so die eigene Beobachtung - sich ausgesprochen oder nur angedeutet nach Klärung der fundamentalen Lebensfragen sehnen: Was muss ich noch erledigen? Was erwartet mich beim Sterben? Ist damit alles zu Ende? Hatte oder hat mein Leben einen Sinn - welchen? Gibt es ein Weiterleben nach dem Tod? Tut Sterben weh?... Dazu kommt wie bei allem Neuen und Fremden oft eine tief sitzende Angst angesichts des zu erwartenden Todes, und all dies umso mehr, je weniger geistig oder religiös ein Mensch ausgerichtet ist. Menschen mit transzendentaler Perspektive haben angstvollen Respekt, und der ist auch angemessen, aber keine Panik. Für sie ist Sterben ein Abschied-Nehmen von dieser Welt, das wie jeder Abschied einen Trennungsschmerz verursacht, und der Tod ein Durchgangsstadium oder Zwischenstadium (Bardo) zwischen dem aktuellen und dem kommenden Leben der Seele, der einzigartigen und unsterblichen Wesenssubstanz des Menschen, unter neuen und anderen Bedingungen, die sie nicht kennen, aber vertrauensvoll anzunehmen bereit sind, weil sie es archetypisch in sich so und nicht anders spüren oder es so gelernt und angenommen haben, und es somit für sie Gewissheit ist.

Menschen bei dieser so entscheidenden, einmaligen, letzten Lebensprüfung in Erwartung des Todes unterstützend zu begleiten, ist eine der vornehmsten Aufgaben, die man als Mensch leisten kann, sofern man dafür gerüstet ist und den Tod als Höhepunkt des Lebens begreift, ganz unabhängig davon, in welchem körperlichen und geistigen Zustand der Sterbende dem Tod entgegen geht; denn die Zugänglichkeit der Seele ist von diesen Zuständen unabhängig. Man kann also beim Sterben für die Betroffenen beten, mit ihnen beruhigend sprechen oder auch nur liebe- und würdevoll ihre Hand halten und da sein, während alles jammervolle Lamentieren oder gar Streiten angesichts des zu erwartenden Erbes das Hinübergehen der Seele erschwert.

Viele Menschen, vor allem Naturvölker, haben hierfür ein naturgegebenes, adäquates Empfinden und machen alles „richtig“. Problematisch, wenn nicht gefährdend sind in diesem Zusammenhang intellektuell betonte, sich oft Atheisten nennende, funktional und vernünftig agierende, alles organisieren wollende Personen jedweder Fassung, da ihnen

Kenntnisse zur geistig-seelischen Dimension des Menschseins fehlen und sie Religion und Religiosität zum Ausbund der menschlichen Phantasie degradieren. Für sie ist der Tod ausschließlich ein biologischer Endpunkt, und die Seele bleibt samt ihres Schicksals eine Unbekannte. Ihnen fehlt das Wissen oder zumindest das Gespür für die Bedeutsamkeit des Sterbevorganges, und man sollte sie von Sterbenden fern halten.

In Krankenhäusern und öffentlichen Pflegeeinrichtungen werden Sterbende in Erwartung des Todes mitunter in separate Räume verbracht und allein gelassen, wenn keine Angehörigen mehr da sind und das Pflegepersonal keine Zeit hat. Solche Zustände sind trauriger Ausdruck einer Unwissenheit und Hilflosigkeit gegenüber dem Sterben und dem Tod.

Ärzte und Pflegepersonal fühlen sich bei geistig-seelischen Problemen, fundamentalen Lebensfragen und angesichts des Todes oft überfordert oder nicht zuständig; und Patienten sowie ihre Angehörigen trauen sich nicht mehr, ihre drängenden Fragen und Probleme einem Arzt anzuvertrauen. Indem man unruhige, von Angst geplagte Patienten leichthin sediert, glaubt man zu genügen und erkennt oder weiß nicht, dass dies nur den Leib betrifft, während das Wesen des Menschen, also seine Seele, unter Umständen nach wie vor leidet. Zu ihr, der Seele, kann nur ein Mensch Kontakt aufnehmen, niemals ein Pharmakon. Jeder Liebende weiß dies, im Alter und angesichts des Todes scheint man es zu vergessen.

Nun sind es aber gerade die Alten, Gebrechlichen, die der ärztlichen Hilfe oder auch nur der menschlichen Zuwendung besonders bedürfen, da der letzte Lebensabschnitt mit dem bislang oft verdrängten, nun aber gewiß werdenden physischen Tod naht; und diese spezielle, einmalige Situation am Lebensende verlangt abschließende Klärung, wirft drängende Fragen, aber auch Ängste und Sorgen auf. Und oft gibt es keine Verwandten oder nahe Stehende mehr, so dass Ärzte und vor allem das Pflegepersonal die einzigen Ansprechpartner sind. Solche Menschen an- und ernst zu nehmen, war schon immer und ist auch heute noch eine herausfordernde Aufgabe, die anzunehmen auch Ärzten anzuraten ist und die mehr braucht als bloße medizinische Expertise.

Für einen Großteil der Bevölkerung, die sog. Allgemeinheit, reicht vermutlich das aktuelle, historisch so gewordene, medizinische Selbstverständnis mit seinem hohen Anspruch an Wissenschaftlichkeit aus, um ihn zufrieden zu stellen. Ansprüche an Geistigkeit und

ethisch fundierte menschliche Zuwendung und Einfühlsamkeit werden nicht verachtet, sind aber primär nicht unbedingt erforderlich. Gefragt sind Höflichkeit, Intelligenz und rasche technisch-funktionale Auffassungsgabe. Und die Patienten sind oft schon zufrieden, wenn man ihnen formal freundlich und höflich begegnet und ihnen gelegentlich etwas zu ihrer Situation mitteilt. Viele Ärzte vertreten auch diese Auffassung; denn ganz im Vordergrund des Interesses steht ja die gestörte Funktion, also die Krankheit als zu erforschende und abzuklärende Aufgabe, und nicht der betroffene Mensch mit seinem individuellen Schicksal, der schlimmstenfalls mit seinen persönlichen Sorgen und Eigenheiten als störend empfunden wird.

Für einen Teil der Bevölkerung ist die gerade geschilderte Situation in Krankenhäusern und Ordinationen nicht befriedigend, wird aber noch unter den gegebenen Umständen wie etwa der Arbeitsüberlastung des Medizinpersonals als „normal“ hingenommen; aber es mehren sich die Stimmen der Unzufriedenen mit unserem Gesundheitssystem, die derartige Umstände und Verhaltensweisen nicht mehr tolerieren wollen. Und das geschieht, wie wir meinen, mit Recht so. Die Menschen spüren bewusst oder unbewusst, dass etwas fehlt an dieser wissenschaftsorientierten, funktional agierenden, rein körperbezogenen, ökonomisierten, höflich distanzierenden Art des Umgangs mit Patienten. Und dieses Fehlende, dieser Fehler muss wieder ausgeglichen werden.

Eines der Prinzipien in unserer polaren Welt, das Gleichgewicht von Inhalt und Form, ist verletzt und hat zu einem relativen Überwiegen des Formaspektes in der Medizin geführt. Der dominante, naturwissenschaftlich funktionale Ansatz in der Medizin, der sich seit Hippokrates immer mehr durchgesetzt hat und mit der Aufklärung einen weiteren rationalen Schub erhielt, findet seinen (vorläufigen?) Höhepunkt in der evidenzbasierten wissenschaftlichen Medizin (EbM), die primär an körperlichen Funktionen interessiert ist und damit den Formaspekt widerspiegelt. Dazu passend, weil ebenfalls materialistisch und formal, ist die immer mehr um sich greifende Ökonomisierung in allen Bereichen der Medizin, welche die Gefahr mit sich bringt, den säkularen Rest an ärztlicher Ethik zugunsten gewinnorientierter Wirtschaftsinteressen zu verdrängen (s. G. Maio, 2014). Man bedenke, dass weltweit klinische Studien wegen ihrer immensen Kosten nahezu ausschließlich von Pharmafirmen und der medizintechnischen Industrie finanziert werden und dass ohne die Finanzierung durch die Industrie die klinische Forschung zusammenbrechen würde. Diese unmittelbare Abhängigkeit der medizinischen Wissenschaft von den naturgemäß gewinnorientierten Wirtschaftsunternehmen bringt zwangsläufig Interessenkonflikte mit sich. Ähnliches gilt für die durch die Industrie bezahlten

Beratertätigkeiten, gesponserten Vortrags- und Studienleitertätigkeiten usw. von zahlreichen, wissenschaftlich anerkannten Arztkollegen. Von den 18 derzeitigen Kommissionsmitgliedern des Robert-Koch-Institutes (RKI) zum Beispiel arbeiten laut Selbstauskunft 7 Mitglieder auch für die Pharmaindustrie. Nun soll hier nicht aus moralischen Gründen irgendjemand beurteilt werden, aber es bleibt doch unwidersprochen, dass Wissenschaft und Forschung nur frei und unabhängig gedeihen können.

Um auf das Fehlende bei der formbetonten, wissenschaftlichen Medizin zurück zu kommen: es mangelt substantiell an der geistig-religiösen, Werte stiftenden Basis im Selbstverständnis der heutigen Medizin und weiter Kreise der Ärzteschaft. Diese Basis, der geistig-seelische Grund, ist Träger dessen, was den Menschen in seinem Wesen ausmacht, seine Wertvorstellungen, sein Menschen- und Weltbild und damit seine Persönlichkeit prägt; und da die drängenden Sinnfragen des Lebens, die jeden irgendwann und spätestens zum Lebensende hin einholen, die Fragen nach Werten, Tugenden und nach dem Sinn von Schicksalsschlägen, Leid und Tod und die Kernfrage nach dem „danach“ durch wissenschaftliche Studien nicht beantwortet werden können, wurden sie von der rationalen Medizin kurzerhand ausgeklammert und zur Privatangelegenheit jedes Einzelnen deklariert mit dem Hinweis, dass sich ggf. Pfarrer oder Psychologen dieser Fragen annehmen können. Dieser letztgenannte Rat ist nicht falsch, sofern die Ratgeber hinreichend kompetent sind. Aber wäre es nicht im Sinne des ursprünglichen, ärztlichen Selbstverständnisses wünschenswert, wenn ein Arzt sich wieder als ein Mittler, ein Medikus, verstünde und auch in den fundamentalen, geistig-seelischen Belangen der Menschen ein ernst zu nehmender Ratgeber sein könnte?! Das wäre dann ein echter Schritt hin zu einem ganzheitlichen Medizin- und Menschenverständnis.

Die oben geschilderten Tatsachen könnten ein Hinweis darauf sein, dass die statistische Methode der Erkenntnisgewinnung und die auch von Wirtschaftsinteressen geleitete, Industrie-finanzierte, klinische Forschung nicht die allein relevanten Erkenntnisquellen sein können. Dennoch beansprucht dieser Wissenschaftsbetrieb auf breiter Front und offiziell eine Art Alleinvertretungsrecht hinsichtlich seriöser Medizinpraxis und funktioniert so seit Jahrzehnten im Großen und Ganzen, wie man zu sagen pflegt, ist aber im Einzelfall auch immer wieder unzureichend, wie jeder nur hinreichend lange tätige Arzt weiß. Das Gros der Ärzteschaft scheint sich an diese Tatsachen gewöhnt und sich mit ihnen arrangiert zu haben, ohne ein größeres Unbehagen zu empfinden. Und wenn Unbehagen geäußert

wird, so betrifft es in aller Regel Formalien wie Arbeitszeit, Vergütung, Arbeitsbedingungen, Bürokratie u.ä., selten sind es inhaltliche, das ärztliche und medizinische Selbstverständnis betreffende Aspekte.

Auffallend ist, dass Kritik, von welcher Seite sie auch geäußert wird, meist mit einer Ablehnung des Kritisierten verbunden ist. Wissenschaftlich orientierte Ärzte kritisieren z.B. alternative Heilmethoden als unwissenschaftlich und lehnen sie ab wie etwa die Homöopathie, die Naturheilkunde und noch bis vor kurzem die Akupunktur, obwohl sie sie nur allzu oft nicht einmal näher kennen; und wenn man sie schon duldet, nennt man sie einschränkend *komplementär*, also ergänzend. Umgekehrt und ebenso ablehnend verhalten sich oft Vertreter alternativer Medizinrichtungen gegenüber der wissenschaftlichen Medizin (Schulmedizin).

Aus all dem Gesagten sollte deutlich werden, dass alle medizinisch-wissenschaftlichen Verfahren ebenso wie alle empirischen, sog. komplementären oder alternativen Heilmethoden niemals allen Erfordernissen genügen, sondern immer lückenhaft, relativ und verbesserungsfähig bleiben müssen, da sie Menschenwerk sind. Bis in überschaubare Zukunft wird wohl die wissenschaftliche, statistische Methode der Erkenntnisgewinnung die vorherrschende bleiben. Und das ist auch in Ordnung, weil offensichtlich unserer Zeit gemäß. Als Arzt sollte man sich allerdings der dargelegten Schwächen und möglichen Konsequenzen bewußt sein, um Fehler zu vermeiden. Und wer weiter reichende, geistige Ansprüche und Bedürfnisse in sich verspürt, mag, vielleicht durch diese Zeilen angeregt, sein ärztliches Engagement und Umfeld entsprechend erweitern.

Und wäre es nicht ein Zugewinn, wenn sich alle sog. Richtungen in der Medizin einander ergänzten und sich gegenseitig unterstützten, anstatt sich ablehnend zu kritisieren! Im gemeinsamen Ziel, der helfenden, heilenden Absicht, könnte man sich doch leicht treffen! Denn in Wirklichkeit gibt es doch nur *eine Medizin*, wie es F. Valach (2016) so treffend und vielleicht vorausahnend formuliert hat. Wie eine Künstlerin bedient sie sich, die Medizin, aller jeweils als sinnvoll erachteter Werkzeuge wie der Schulmedizin, der Naturheilkunde, der Homöopathie, der Akupunktur, der traditionellen und rituellen Heilpraktiken aller Länder und Kulturen mit nur einem Ziel: der Heilung des Menschen.

Erklärungen:

Ich versichere, die vorliegende Schrift selbständig ohne Fremdhilfe verfasst zu haben.-

Der Einfachheit halber ist der Begriff *Arzt* gebraucht worden und meint natürlich Menschen beiderlei Geschlechts mit entsprechender ärztlicher Kompetenz. - Interessenkonflikte irgendwelcher Art bestehen nicht. - Die angegebene Literatur ist vor allem als geistige Anregung für Interessierte gedacht.

Weiterführende Literatur:

1. Arzneimittel-Telegramm 1998, Nr. 5: 47 -50: Number needed to treat - eine Hilfe für Therapieentscheidungen.
2. Benedum, Christa: Asklepios - Der homerische Arzt und der Gott von Epidaurus, Univ. Köln, Vortrag, 1987.
www.rhm.uni-koeln.de/133/Benedum.pdf
3. Blüher, Hans: Die Intellektuellen und die Geistigen, Dritte Auflage 1920, Anthropos-Verlag, Prien, Oberbayern.
4. Blüher, Hans: Traktat über die Heilkunde insbesondere die Neurosenlehre, Verlag Diederichs, Jena 1926.
5. Blüher, Hans: Die Achse der Natur, Stromverlag, Hamburg-Bergedorf, 1949.
6. Bourel, Dominique: Moses Mendelssohn, Ammann Verlag, Zürich, 2007.
7. Dethlefsen, Thorwald: Schicksal als Chance, Goldmann Verlag, 1979.
8. Dethlefsen, Thorwald; Dahlke, Rüdiger: Krankheit als Weg, Bertelsmann Verlag, München, 1988.
9. Duden, Herkunftswörterbuch, Band 7, Duden Verlag, Mannheim, 2001.
10. Feynman, Richard P.; Leighton, Robert B.; Sands, Matthew: Feynman-Vorlesungen über Physik, Verlag Walter de Gruyter GmbH, Berlin/Boston, 2015.

11. Hippokrates Schriften, Die Anfänge der abendländischen Medizin, Herausgeber Hans Diller, Rowohlt Taschenbuch Verlag, Reinbek bei Hamburg, 1962.
12. Jahrbuch der Gesundheitsstatistik, Herausgeber Statistik Austria, Wien 2019.
13. Loewit, Günther: 7 Milliarden für nichts. Ein Landarzt rechnet mit dem Gesundheitssystem ab. Edition a, Wien, 2019.
14. Maio, Giovanni: Mittelpunkt Mensch: Ethik in der Medizin, Verlag Schattauer, Stuttgart, Germany, 2012.
15. Maio, Giovanni: Geschäftsmodell Gesundheit - Wie der Markt die Heilkunst abschafft, Suhrkamp Verlag, Berlin, 2014.
16. Mendelssohn, Moses: Phädon oder die Unsterblichkeit der Seele in drei Gesprächen, Frankfurt und Leipzig, 1769.
17. Neuburger, Max: Geschichte der Medizin, Verlag Ferdinand Enke, Stuttgart, 1906.
<https://www.gutenberg.org/files/59337/59337-0.txt>
18. Valach, Florian: In Medicas Res, Analytisch-synthetische Studie zu den Prinzipien der Medizin, Chrysaor Verlag, Wien, 2016.
19. Zweig, Stefan: Der Kampf mit dem Dämon, Fischer Taschenbuch Verlag, Frankfurt a.M., 1998 (Erstausgabe: Insel-Verlag, Leipzig, 1925).

Kontaktdaten des Autors:

Dr. med. Felix Reimer

Internist

Rathstraße 12

1190 Wien

Österreich

E-Mail: felix.reimer@gmx.at