

# Das „Gute“ und das „Wahre“: „Wissenschaft“ und „Moral“ in der Heilkunst

## Medizin als Erfahrungswissenschaft

„Die Medizin ist die Empirischste aller Wissenschaften“ (*Leibniz*). Dieser Satz des Mediziners, Mathematikers und Philosophen hat auch heute volle Gültigkeit. Es liegt offenbar im Wesen dieser Wissenschaft und nicht etwa am vergleichsweise geringen Wissensstand der Medizin im Zeitalter der Aufklärung.

Medizin ist eine Erfahrungswissenschaft. Das bedeutet, dass die Erfahrung immer Vorrang hat und dass medizinisches Wissen grundsätzlich nicht geeignet ist, einen Einzelfall zu widerlegen, sondern umgekehrt immer in der Gefahr ist, von ihm widerlegt oder zumindest eingeschränkt zu werden.

## Zwei Quellen medizinischen Wissens: Kasuistik und Statistik

Dementsprechend gibt es zwei Weisen der Erfahrung: Es gibt die Erfahrung eines Einzelfalls und es gibt die kollektive Erfahrung im Rahmen einer „Studie“, wo viele Einzelfälle statistisch ausgewertet werden. „Kasuistik“ und „Statistik“ sind die Quellen medizinischen Wissens, wobei das Panorama der Studien von der „Beobachtungsstudie“ zu den verschiedenen Formen vergleichender Untersuchungen reicht.

## Beobachtungsstudien und vergleichende Studien: gleicher Erkenntniswert

Die Kasuistik ist am nächsten der medizinischen Realität, denn jeder Patient ist zunächst ein Einzelfall. Ähnliche Einzelfälle summieren sich in der Erfahrung des Arztes zu einer Erkenntnis, die einer Studie in nichts nachsteht. Die „Beobachtungsstudie“ ist ja nur eine Summe von Einzelfällen. „Vergleichende Studien“ und „Beobachtungsstudien“ aber haben den gleichen Erkenntniswert. Das ist im Rahmen einer Metaanalyse durch den Vergleich von 200 Beobachtungsstudien mit vergleichenden Studien statistisch mit der nötigen Exaktheit bewiesen worden: Die Übereinstimmung war über 90 %<sup>1</sup>. Die hohe Wertschätzung, die vergleichende Studien gegenüber Beobachtungsstudien in Wissenschaftskreisen haben, hat keine statistische Grundlage. Darum wird ein Arzt immer beides in gleichem Maße berücksichtigen: die „Einzelerfahrung“ so gut wie die „Studie“.

## Der Wissenschaftsbegriff im Versicherungswesen: ein Werkzeug zur Leistungsverweigerung

Im Versicherungswesen werden diese Fakten, unterstützt von Medizinerinnen, die sich ihm andienen, zunehmend ignoriert. Die „Studie“ wird hier zum Disziplinierungsinstrument gegen Ärzte und Patienten, die eine individuelle Betrachtung und Behandlung fordern. Es gibt Medizinische Dienste, die nicht davor zurückschrecken, einen Behandlungserfolg, der bereits eingetreten ist, für ausgeschlossen zu erklären, getreu der Palmström-Logik:

*Und er kommt zu dem Ergebnis:  
„Nur ein Traum war das Erlebnis.  
Weil“, so schließt er messerscharf,  
„nicht sein kann, was nicht sein darf.“<sup>2</sup>*

## Der kapitale Denkfehler: Die Vermischung von Metaphysik und Wissenschaft

*Palmström* und der Medizinische Dienst präsentieren hier die gleiche Denkstruktur: Sie fällen ein Urteil apriori. In der Metaphysik habe apriorische Aussagen ihre Berechtigung. Ihrem eigenen Verständnis nach ist Metaphysik ja nicht durch „Erfahrung“ aus der „Wirklichkeit“ gewonnen, sondern umgekehrt wird das, was wir als „wirklich“, d.h. sinnlich, erfahren, erst aus dem übersinnlichen Wissen verständlich.

Mit dieser Denkstruktur begibt sich der Medizinische Dienst in die äußerste Gegenposition zu dem, was Wissenschaft von ihrem eigenen Anspruch her ist. Sie meint ja seit *Kant*, die Metaphysik überwunden zu haben.

Dieser Amoklauf gegen die Grundlagen der empirischen Wissenschaften führt aber nicht zur sofortigen Entlassung des Medizinischen Dienstes. Im Gegenteil geschieht er mit dem Pathos, der Wissenschaft gar einen Dienst zu erweisen, so dass sich die Komik dem Siedepunkt nähert, nur dass es der Kasper nicht merkt. Und dem Publikum ist oft das Lachen vergangen, weil von derlei „Logik“ Leiden, ja Leben und Tod, abhängig sind!

1 Benson K, Hartz A: A Comparison of Observational Studies and Randomized, Controlled Trials. *New Engl. J. Med.* 2000; 342: 1878–1886. Concato J et al: Randomized, Controlled Trials, Observational Studies and the Hierarchy of Research Designs. *New Engl. J. Med.* 2000; 342: 1887–1892.

2 Christian Morgenstern: Die unmögliche Tatsache.

### Der zweite Denkfehler: Die Vermischung der Grundbegriffe „Wirkungsweise“ und „Wirksamkeit“

Ein weiterer chronischer Denkfehler in medizinischen Diskussionen ist die Vermischung und Verwechslung der beiden Begriffe „Wirksamkeit“ und „Wirkungsweise“. Das Wissen um die *Wirkungsweise* genießt ein so hohes Ansehen, dass darüber die Frage nach dem Grad der *Wirksamkeit*, und damit nach der klinischen Bedeutung, verblasst. Und wenn keine plausible Erklärung für die *Wirkungsweise* eines biologischen Verfahrens vorgelegt werden kann, dann hat es keinerlei Aussicht, überhaupt eine Beachtung bei der Lehrmedizin zu finden: eine schlichte Folge der Vernebelung von Begriffsgrenzen!

### Der dritte Denkfehler: die Vermischung des Wissens mit der Moral

Ein dritter chronischer Verstoß gegen die Gesetze des Denkens ist die *fraglose* Verknüpfung verschiedener Weisen des Wissens und der Praxis des Heilens mit moralischen Wertungen. Studien gelten als „edel, hilfreich und gut“, der individuelle Heilversuch dagegen eher als ethisch bedenklich.

In Wahrheit bedarf der individuelle Heilversuch keiner Rechtfertigung, denn er entspringt dem ureigensten ärztlichen Auftrag, nämlich *einem* Menschen in seiner geschichtlichen Einmaligkeit zu helfen.

Bei der Studie dagegen geht es entschieden *nicht* um *Hilfe* im *gegenwärtigen Einzelfall*. Es geht erstens v.a. um *Wissen* und *nicht* um *Hilfe*, zweitens *nicht* für einen *Einzelfall*, sondern für ein *Kollektiv* und drittens ist dieses Wissen nicht auf die *Gegenwart* bezogen, sondern in die *Zukunft* gerichtet, wo es dann irgendeinem Kollektiv vielleicht einmal zugute kommt! So ist der individuelle Heilversuch ärztlicher Auftrag in Ursubstanz, die Studie dagegen in dritter Verdünnung, was Realität und Moral anbelangt!

### Daten und Denken

Die geistige Ordnung liegt sehr im Argen, ganz besonders aber bei Medizinern. Das hat seine Gründe in dem Faktum, dass Denken an unseren Schulen kaum vorkommt. Es werden immer nur *Wissens-Inhalte* vermittelt. Eine Reflexion auf die *Weise* des Wissens findet nicht statt. So werden wir zu einem Volk von hochinformierten Fachidioten.

### Die Grundfrage: Was ist Wissenschaft?

Der Streit um verschiedene Weisen des Wissens mündet in die Frage: Was ist Wissenschaft? Was Technik? oder gretchenhaft ausgedrückt: Wer hat die wahre Wissenschaft? Wer hat die wahre Kunst? Antwort: Wer heilt, hat die wahre Kunst und sie heiligt das dienliche Wissen.

### Ein Hauskrach und seine geistige Bearbeitung

Die Grundfragen und ihre Gefährdung durch gängige Denkfehler sind überall anwesend. Statt sie abstrakt abzuhandeln, nehmen wir das Beispiel eines konkreten Streits aus der Vergangenheit. Dann werden die Gedanken griffiger und die Abhandlung packender.

Irgendwann in der Geschichte der Deutschen Gesellschaft für Onkologie (DGO), ich glaube, es war im Jahre 2002, murrte das Volk und war zum Aufruhr bereit. Grund für den Aufstand war eine extreme Polarisierung zwischen dem Präsidenten und einer ganzen Reihe von Mitgliedern, die sich in ihrem täglichen Bemühen verunglimpft fühlten. Da der damalige Präsident auch gleichzeitig Herausgeber der *Deutschen Zeitschrift für Onkologie* war, erreichten seine schlichten Gedanken eine enorme Lautstärke. Einwände wurden nicht abgedruckt, so dass eine geistige Auseinandersetzung nicht stattfand. Sie soll nun im Rückblick nachgeholt werden, nicht um irgendwelchen Verletzungen Genugtuung zu verschaffen, sondern weil die Argumente auch nach dem Machtwechsel überall anwesend sind. Wie heißen sie denn?

### Die Thesen eines Leitartikels „Innovative Tumordiagnostik/-therapie: Quo vadis!“<sup>3</sup>

1. Bevor ein Verfahren in Klinik und Praxis zur Anwendung kommt, muss es definitiv wissenschaftlich evaluiert worden sein.
2. Diese Forderung wird zum ethischen Konsens der Ärzteschaft/Wissenschaft erhoben.
3. Ohne klare Unterscheidungen werden *diagnostische* Verfahren wie der molekularonkologische Nachweis zirkulierender Krebszellen, verschiedener Onkogene und Mutationen von Tumorsuppressor-Genen, Immunzellen-Funktionstests und Immunphänotypisierung, sowie *therapeutische* Verfahren wie die dendritischen Zellen, Tumor-Zell-Vaccine, „diverse Hyperthermieverfahren“ und *Medikamente* wie Galavit, Megamin, Recancostat, PC-Spes, Spes, Ukrain, Dr. Rath-Vitamine und Klehrs Eigenblutzytokine an den Pranger gestellt. Die Kernaussage „Anbieter von nicht evaluierten Untersuchungen nutzen die Ängste und Hoffnungen chronisch kranker (Krebs-) Patienten/innen aus“ ist auch graphisch so hervorgehoben, dass sie wie eine Antwort auf die rhetorische Frage der Schlagzeile wirkt.
4. Nur der Weg in die *Evidence-based-medicine* rettet vor dem moralischen Verfall der Bereicherung an todkranken Menschen.

Der Verfasser versteht diese Thesen als „Erweiterung des Editorials aus dem *Lancet Oncology* 6/2001“. Schulter an Schulter schreiten „Schule“ und „biologische Medizin“: Was kommt dabei raus?

<sup>3</sup> Beuth J: Editorial. *Deutsche Zeitschrift für Onkologie* 2001; 3, im gleichen Tenor auch 2001; 4.

## Die beiden Bereiche: das „Wahre“ und „Gute“

Es geht um zwei Güter: „Wissenschaft“ und „Moral“. Es ist ein großer Eifer am Werk. Leider geht er auf Kosten der Klarheit. Der Kampf ist so heftig, dass im Getümmel nirgends eine klare Unterscheidung erscheint und wo sie erscheint, erscheint sie märchenhaft einfach: wissenschaftlich = altruistisch = gut: pseudo- oder unwissenschaftlich = egoistisch = böse!

## Das Kind und das Bad

Unstreitig ist, dass es Missstände gibt. Sie sind sogar so zahlreich, dass jeder Schlag etwas Wahres trifft. Bei dem Rundumschlag aber bleiben nicht nur grundsätzliche Unterscheidungen außer Betracht: der Artikel lässt jegliche Differenziertheit vermissen.

In einem ersten Schritt wollen wir also die entscheidenden Bereiche der ärztlichen Kunst benennen, unterscheiden und – mit der gebotenen Vorsicht – bewerten.

## Der dritte Bereich: die Heil-Kunst

Bemerkenswerterweise wird der entscheidende Bereich unserer Kunst, das, was uns zu „Ärzten“ macht, gar nicht genannt. „Wissen“ und „Moral“ kommen in jeder Kunst vor, „Heilung“ aber nur in der ärztlichen Kunst. Keineswegs ist sie eine „logische“ Folge von „Wissenschaft“ und von „Moral“, was auch immer damit gemeint ist. Sie *hat* ihre eigenen Gesetze, wie jeder erfahrene Therapeut weiß. Nicht selten lacht sie jeder „Wissenschaft“ und auch jeder landläufigen Auffassung von „Moral“ hohn!<sup>4</sup>

Einer alten Denkgewohnheit zur Folge gehört die Kunst in den Bereich des „Schönen“. Schön kommt von „scheinen, aufscheinen, ins-Auge-springen“. In der Heilung kommt etwas in Ordnung. Erst diese Heimkehr aus dem Zustand der Störung in die Ordnung lässt sie aufscheinen und macht sie so schön.

Ohne dass wir es wollten, finden wir unversehens die drei klassischen Güter versammelt, und jedes ist auf seine Weise am Gelingen der Heilung beteiligt: das Gute, Wahre und Schöne. Jedes dieser drei Güter scheint im anderen auf und wehrt sich doch wie ein Weib gegen die Gewalttat einer Gleichsetzung<sup>5</sup>.

## Der Tugendstreit: Veritas contra Caritas

Heilung ist primär eine Praxis, Wissenschaft primär eine Theorie. Heilung gehört zum „Helfen“, Wissenschaft in den Bereich der „Erkenntnis“. Das Mittelalter nannte die Bereiche *Caritas* und *Veritas*, „Liebe“ und „Wahrheit“, und ließ sie durch Tugenden bewachen, wobei *Caritas* die göttlichste war. Das Mittelalter hatte so viel Realitäts-sinn, die Widersprüchlichkeit beider Bereiche zu erkennen. Nicht selten kam es zum Tugendstreit: Nur auf der höchsten Stufe der Erkenntnis, der *via unitiva*, in der *unio mystica*, waren „Liebe“ und „Erkenntnis“ eins.

Ich selber bin Zeuge, wie ein Patient von mir eiskalt der „Erkenntnis“ geopfert worden ist und dies unter Billigung der Ethik-Kommission:

20 Patienten erhielten Gemcitabine zur palliativen Behandlung eines Pankreaskarzinoms. Es hat nach aller Erfahrung zwar eine etwas lebensverlängernde Wirkung, die Größe des Tumors aber vermindert sich nicht. 10 Patienten erhielten zusätzlich einen Farnesyltransferase-Inhibitor, 10 ein Placebo.

Genau bei 10 geschah das Wunder, dass sich bereits bei der ersten CT-Kontrolle 6 Wochen nach Therapiebeginn der Tumor verkleinerte. Mein Patient war nicht bei den Glücklichen. Der Verdacht lag nahe, dass er Placebo bekommen hatte.

Hätte bei diesem Stand der „Erkenntnis“ die „Liebe“ gesiegt, der Code hätte sofort gebrochen werden müssen. Aber die Herren Professoren und ihre willfähigen Handlanger in der Ethik-Kommission wollten es ganz genau wissen und den Erfolg nicht nur an der Schrumpfung des Tumors, sondern auch an der Lebenszeit doppelblind messen. 10 Patienten wurden also der bitteren „Wahrheit“ geopfert.

Nicht meine und auch nicht meines Patienten Bitten halfen. Das Todesurteil stand fest.

Mühe los ließe sich diese Reihe an Greuelthaten fortsetzen, so dass der Heiligenschein, mit dem der Autor des Leitartikels die hehre Wissenschaft versieht, doch sehr gutgläubig wirkt. Gerade die Forderung wissenschaftlicher Validierung ist oft nur mit unmenschlichen Mitteln zu erreichen.

## Die erkenntniskritischen Grundstrukturen: „Identifikation“ und „Distanzierung“

Wen wundert das! Ein einfacher Blick auf die gedankliche Handlung, die dem „Helfen“ und der „neuzeitlichen Wissenschaft“ zugrunde liegt, zeigt den Widerspruch auf. *Helfen* braucht die Gemeinschaft, die Identifikation des Arztes mit dem Patienten.

Neuzeitliche Wissenschaft sieht gerade darin die größte Gefahr und geht auf „Distanz“. Die Gegenüberstellung von „Subjekt“ und „Objekt“ ist die Grundstruktur wissenschaftlicher Erkenntnis. Der Patient wird dabei gnadenlos

4 Hirshberg C, Barasch MI: Gesund werden aus eigener Kraft. Spontanheilungen bei Krebs. München: Knaur; 1997.

Nicht nur, dass die Mehrzahl der Ärzte den Todkranken keine Hilfe bei der Bewältigung ihrer Not waren: Die niederschmetternden Prognosen mussten erst überwunden werden, damit sich ein ungebändigter Lebenswille entfalten konnte: „Herr Doktor, ich pisse auf Ihr Grab!“

Die wenigen für die Wunderheilungen hilfreichen Ärzte müssten mit dem moralischen Maßstab des Autors allesamt verurteilt werden. Sie bedienten sich durchweg nicht evaluierter Methoden und verbreiteten einen grenzenlosen, ganz unkritischen Optimismus. Einige haben glatt gelogen mit der Folge einer kompletten Remission. Die Gesetze der Heilung sind seltsam!

Völlig verfehlt wäre es natürlich, aus diesen Fakten irgendeine Art „Lügenmoral“ zu begründen. Ich will damit nur sagen: Das Leben ist eine Kunst, die unter einem höheren Anspruch steht als jede Wissenschaft und jede Moral. Es ist der Anspruch der Freiheit.

5 Dank an Kollegen *Reuther* für den Hinweis.

zum „Objekt“ erklärt und der Arzt zum „Subjekt“, das seinen eigenen Augen misstrauen muss, um zu einer möglichst „objektiven“ Einsicht zu gelangen<sup>6</sup>. Der Sache der Heilung ist die künstliche Trennung zwischen Arzt und Patient, die in der Studie angestrebt wird, sehr abträglich, wie wir wissen. Was der Patient v.a. sucht und zur Heilung braucht, ist Bei-stand, nicht Ab-stand. Jede Versuchsordnung, die zwischen die Schicksalsgemeinschaft von Arzt und Patient die Mattscheibe einer Verblindung, sei sie einfach oder gar doppelt, schiebt, ist abartig und das genaue Gegenteil von dem, was therapeutisch wünschenswert ist. Wenn sich dieses herrschende Denken gar noch zum Richter über die Handlung der Heilung aufspielt, und wir dies widerspruchslos dulden, dann zeigt dies nur, wie sehr wir die Sache des Heilens aus den Augen verloren haben!

### Die Wege der Erkenntnis in der Medizin

Nach dieser grundsätzlichen Besinnung auf unseren ureigenen Auftrag kommen wir nun zum Bereich der „Erkenntnis“: Was ist und wie geschieht medizinische Erkenntnis? Für den Autor des Leitartikels ist sie identisch mit wissenschaftlicher Erkenntnis. Die „Studie“, möglichst multizentrisch und doppelblind, ist für ihn der Weg zur definitiven wissenschaftlichen „Evaluierung“. So wird ein absolutes, über allen Köpfen und Zeiten schwebendes Imperium errichtet, das nicht nur das „Wissen“ beherrscht, sondern auch die „Moral“.

### Herrschendes Wissen – eigenes Wissen

Wir erkennen hier zwanglos die Umriss einer mittelalterlichen Ordnungsphilosophie. Uns, die wir den Schritt in die Neuzeit doch nicht rückgängig machen können, stellt sich die Sache ganz anders dar:

Seit der Renaissance ist die Frage der Wahrheit nicht eine Frage des *ordo*, den ich wie eine Kirche betrete und so in ihm geborgen bin, sondern wie ich zur Kunst der Heilung komme, wobei *Kunst* hier die Worte „können“ und „kennen“, von „Theorie“ und „Praxis“, in Erinnerung bringt.

### Drei Stufen der Wissensaneignung

Für diese Frage kennen wir aus China eine treffende Antwort:

*Was ich gehört habe, vergesse ich.  
Was ich gehört und gesehen habe,  
das kommt mir bekannt vor.  
Was ich gehört, gesehen und getan habe,  
das weiß ich.*

Wenn ich darangehe, nach 25-jähriger klinischer Erfahrung meine Erkenntniswege zu validieren, dann hat den höchsten Rang meine eigene Erfahrung: Ja, ich traue meinen eigenen Augen mehr als jedem geschriebenen Wort! An zweiter Stelle möchte ich Erfahrungen vertrauenswür-

diger Kollegen nennen und besonders dann, wenn wir gemeinsame Patienten haben. Wenn mir ein Chirurg, den ich wegen seiner Aufrichtigkeit und Kunstfertigkeit schätze, sagt, dass er in zwei Jahren Therapieerfahrung mit Dendritischen Zellen bei R0-Resektion eines Kolonkarzinoms kein einziges Rezidiv gesehen habe, dann gilt diese Aussage für mich mehr als manche randomisierte Studie mit zwielichtigen Sponsoren im Hintergrund!

### Die Studie als oberste, d.h. letzte und kleinste Stufe der Wissensaneignung

Es ist klar, dass in dieser Hierarchie die „Studie“ doch meistens zu jenen Wissensquellen zählt, die ich „gehört“, bzw. „gelesen“ habe.

Als Studenten waren wir vielleicht Augenzeugen einer Studie. Nur ganz wenige aber haben sie praktisch durchgeführt und können ihr also vertrauen, weil sie genau wissen, wo und in welchem Umfang sie „gefälscht“ worden ist, um *Hackethal* zu zitieren.

Ganz abgesehen von der fragwürdigen Grundstruktur kann die Studie falsch positive und falsch negative Ergebnisse liefern.

Eine Studie kann immer nur überprüfen, was längstens bekannt ist. Sie setzt also den Mut von Ärzten voraus, Methoden einzusetzen, die noch nicht evaluiert sind. Es ist sehr bedauerlich, wenn Studienärzte die Voraussetzung einer jeden Studie als unethisch einstufen. Damit würde zwangsläufig jede Studie moralisch verwerflich!

6 Bei diesem Welt-Entwurf gibt es also ein aller Erkenntnis zugrunde liegendes „Subjekt“ und die Welt als „Objekt“, das sich dem weltlosen Subjekt gegenüberstellt. Beide stehen nur in Beziehung über einen umstrittenen Erkenntnisverkehr.

*Kant* hat diesen Erkenntnisverkehr begrifflich geregelt. Er hat erkannt, dass sich der Wissenschaftler keinesfalls von der Natur belehren lässt wie ein Schüler von seinem Lehrer, sondern dass er sie, wie ein Richter den Zeugen, nötigt, auf seine Fragen zu antworten: Wissenschaftliche Wahrheiten sind demnach erpresste Geständnisse und nicht etwa Geheimnisse, die die Natur von sich aus offenbart. (Vorrede zur zweiten Auflage der *Kritik der reinen Vernunft*, Riga 1787)

Schon dieser gnadenlose Charakter wissenschaftlicher Fragen sollte uns sehr wachsam machen, ob eine solche Erkenntnis der Sache der „Heilung“, die doch eher dem „Mitgefühl“, der „Liebe“ und der „Barmherzigkeit“ entspringt, dient. Nur wenn sie diesem Ziel tatsächlich *dient*, wollen wir ihr überhaupt Beachtung schenken. Keineswegs werden wir uns ihrem Diktat unterwerfen und dabei Verrat an unserem ureigenen Auftrag üben!

Aber auch in der Geschichte des Denkens ist der Grundentwurf eines Abbrunds zwischen „Subjekt“ und „Objekt“, zwischen „Ich“ und „Welt“, ein europäischer Irrweg, dem jeder Realitätssinn fehlt. Der Mensch, das „Ich“, ist doch aus der „Welt“ hervorgegangen. Der Grundentwurf einer abgründigen Getrenntheit von „Ich“ und „Welt“ ist an sich abartig. Realistischer ist die Identität oder zumindest die Ursprungsverwandtschaft. Wir Ärzte wissen, wie armselig wir ohne Intuition sind, d.h. ohne jenes unerklärliche „Gespür“ für die Realität, und wie wir den Weg zu unseren katastrophalsten Irrtümern mit „guten Gründen“, d.h. mit rationalen Erklärungen, gepflastert haben!

Realistischer als die Differenz zwischen „Auge“ und „Welt“ ist die budhistische Einsicht: „Wenn ich den Berg sehe, *bin* ich der Berg“.

Auch auf europäischem Boden ist – zumindest im Mittelalter – eine solche Erkenntnis gereift: *Cognoscens et cognitum in actu cognoscendi sunt idem*, „Der Erkennende und das Erkannte sind im Vollzug der Erkenntnis eins.“ (Thomas v. Aquin. Dank an Herrn Prof. *Dümpelmann*, München, für das Stegreifzitat.)

## Falsch positive Studien-Ergebnisse

Sie können durch die Intention des Therapeuten entstehen. Die Absicht zu heilen ist ehrbar. Weniger ehrbar sind Ruhmsucht und Käuflichkeit, zwei lebenserhaltende Kräfte einer heutigen Universität.

Bei einer vergleichenden Studie müssen die Vergleichsgruppen in allen prognostisch wesentlichen Faktoren vergleichbar sein. Die Vergleichbarkeit muss so aufgezeigt werden, dass sie vom Leser nachgeprüft werden kann. Wenn dies nicht geschieht, dann wird auch das Ergebnis fragwürdig, und zwar ein positives wie ein negatives.

Dies gilt nicht nur für die bekannten Prognosefaktoren, wie Alter, Geschlecht und Tumorstadium. Wenn ein neuer Prognosefaktor entdeckt wird, werden alle älteren Studien hinfällig oder verlieren zumindest an Gewicht. Ein Beispiel ist der Einfluss der seelischen Verfassung auf den Erfolg der Mistel-Therapie<sup>7</sup>. Dies macht, dass die Vergleichbarkeit in jeder Studie immer eine offene Frage bleiben wird. Schon aus diesem Grunde ist der Gedanke einer „endgültigen Evaluierung“ abwegig. Er unterstellt eine ideale Studie. Das kann es nicht geben. Wir sehen: Die Studie hat nicht weniger, sondern nur anders geartete Tücken als die ärztliche Erfahrung.

Bei der Doppelblindstudie ist – neben der fraglichen Vergleichbarkeit – die einzige Möglichkeit falsch positiver Ergebnisse die kriminelle Manipulation. Auch dafür gibt es eine ganze Reihe von Beispielen.

Eine harmlosere Weise der Manipulation, sozusagen ein Grenzwert zur Kriminalität, ist die Unterschlagung negativer Ergebnisse. In gewissen Kreisen unseres Staatswesens ist dies die Regel: Es gibt z.B. Grenzwerte zur Nitratbelastung. Würde dieser Grenzwert beachtet, müssten 10 % unserer Brunnen geschlossen werden. Das geht nicht. Also macht ein öffentlich vereidigtes Institut so lange Messungen, bis ein Normwert erzielt wird, und sei es einer unter zehn. Dieser Wert wird dann den Behörden präsentiert. Ein Institut, das sich nicht an diese Gaunerregel hält, hat keine Chance, in Zukunft einen Auftrag zu bekommen! Es erfordert nicht viel Phantasie, dass ähnliche Mechanismen auch in den Bereichen bezahlter Studien ablaufen! Da ein Großteil unserer Studien gesponsert ist, lässt sich unschwer der Einfluss ökonomischer Strukturen auf den „Erkenntniswert“ unserer Studien errahnen!

## Falsch negative Studien-Ergebnisse

Sie können durch eine schlechtere Prognose in der Interventionsgruppe, durch zu geringe Patientenzahlen oder durch den Verdünnungseffekt inhomogener Patientengruppen mit Untergruppen geringer oder fehlender Indikation bedingt sein<sup>8</sup>.

Bei positiven Studienergebnissen dagegen ist die geringe Fallzahl kein Einwand, im Gegenteil: Wenn sich trotz geringer Fallzahl eine statistische Signifikanz errechnen lässt, so spricht dies für eine beachtliche Wirksamkeit!<sup>9</sup> Das glei-

che gilt für inhomogene Patientengruppen mit positivem Studienausgang.

Der wichtigste Grund falsch negativer Ergebnisse aber ist die mangelnde Kunstfertigkeit der beteiligten Ärzte und ihrer Labors. Das Spektrum der ärztlichen Arbeit reicht vom „Handwerk“ zur „Kunst“. Die Universität lehrt das „Handwerk“. Wer es in der Praxis nicht zum „Kunstwerk“ verwandelt, bleibt ewig ein glückloser Therapeut.

Die Studie will in der Regel eine Methode überprüfen und keine individuelle Geschicklichkeit. Sie hat darum notwendig nivellierenden Charakter. Wenn eine Methode in einer Studie „durchfällt“, dann besagt das in keiner Weise, dass sie nicht in geübten Händen außerordentlich wirksam sein kann<sup>10</sup>.

7 Grossarth-Maticsek R, Kiene H, Baumgartner SM, Ziegler R: Use of Iscador, an Extract of European Misteltoe (*Viscum Album*), in Cancer Treatment: Prospektive Nonrandomized and Randomized Matched-Pair Studies Nested Within a Cohort Study. *Alternative Therapies* 2001; 7 (3): 57–78.

8 Bei präaktiviertem Immunsystem führt jede weitere Stimulation eher zur Suppression. Das ist eine alte Weisheit biologischer Ärzte, die eine kleine Pilotstudie mit immunologischen Funktionstests bestätigte. (Thaller A: Eigenblut zur Immuntherapie zwischen alter Erfahrung und moderner Laboranalytik. In: Gedeon W: Eigenbluttherapien und andere autologe Verfahren. Heidelberg: Haug; 1999). Wenn also alle Patienten unabhängig von ihrer biologischen Grundaktivität ein Thymuspräparat bekommen, dann ist ein negatives Ergebnis noch kein Beweis seiner Wirkungslosigkeit, sondern allenfalls ein Grund, die Indikation zu präzisieren!

9 *Kempins* vergleichende Studie zur Fiebertherapie und Radio-Chemotherapie versus reine Radio-Chemotherapie wird von manchen Medizinischen Diensten von geringem methodischem Reflexionsgrad wegen der geringen Fallzahl von 30 bzw. 26 Patienten in Frage gestellt. In Wahrheit ist es gerade umgekehrt. Die Signifikanz trotz geringer Fallzahl ist ein eindrucksvoller Beleg für die Wirksamkeit der Fiebertherapie. (Kempin S, Cirrincione C, Myers J, Lee III B, Straus D, Koziner B, Arlin Z, Gee T, Mertelsmann R, Pinsky C, Comacho E, Nisce L, Old L, Clarkson B, Oettgen H: Combined Modality Therapy of Advanced Nodular Lymphomas (NL): The Role of Nonspecific Immunotherapy (MBV) as an Important Determinant of Response and Survival. *Memorial Sloan-Kettering Cancer Center, New York, N. Y.* 10021. In: *Proceedings of ASCO (American Society of Clinical Oncology)* 2 = 19, 56 (1983), C218. Diese Literaturstelle zeigt den Stand nach 3 Jahren. Der Fünfjahresstand der Studie wurde an folgender Stelle gezeigt: Oettgen HF, Old LJ, Hoffmann MK und Moore MAS: Antitumor effects of endotoxin: possible mechanism of action. In: Homma Y, Kanegasaki S, Lüderitz O, Shiba T, Westphal O: *Bacterial Endotoxin*. Weinheim; 1984: 205–221.

10 Beispiel: Die Elektroakupunktur nach Voll lässt viele Einwände unbeantwortet: Die Manipulierbarkeit der Hautwiderstandsmessung durch verschiedenen Auflagedruck und sogar durch die Erwartung des Arztes und des Patienten! Die Ergebnisse der Testung sind nur selten reproduzierbar und vermutlich auch die therapeutischen Ergebnisse. Trotz dieser theoretischen Einwände habe ich nun einen Elektroakupunktur getroffen, der sogar mit der vereinfachten Vega-Testung außerordentliche Therapieerfolge, z.B. bei Morbus Crohn und Colitis ulcerosa, erzielt. Dies ist durch eine unabhängige Dissertation bestätigt worden (Schmitz O: *Untersuchung zur Objektivierung der Quecksilberbelastung als Ursache bei Symptomen der Colitis ulcerosa bzw. des Morbus Crohn*. Würzburg 1991). Offenbar ist für ihn die Messung des Hautwiderstandes mehr ein Vorwand, ein Ritus, in dessen Schutz seine Intuition arbeiten kann!

Ähnliches trifft für die Homöopathie zu: Die Intuition spielt hier eine ganz wesentliche Rolle. Eine methodisch vorbildlich durchgeführte Doppelblindstudie bei Kopfschmerzen suchte jedoch gerade dieses wesentliche Moment des ärztlichen Heilens systematisch auszuschalten: Jeder Fall wurde einem Kollegium vorgetragen. Nur was der „reinen Lehre“ entsprach, wurde akzeptiert. Dabei blieb natürlich jede Intuition auf der Strecke. Da außerdem noch auf jegliche Einschränkung in der Wahl der Mittel verzichtet wurde, also der gesamte Arzneischatz der

## Studie kontra eigene Erfahrung

Die grundsätzliche Erkenntnisstruktur der Subjekt-Objekt-Hypothese, der nivellierende Charakter und die Möglichkeit falsch positiver und auch falsch negativer Ergebnisse: all dies macht eine Studie völlig ungeeignet, um eine eigene Erfahrung aus den Angeln zu heben. Sie ist im besten Fall ein Hinweis auf dem Weg der Heil-Kunst, ihre Methoden zu versuchen, wenn die Ergebnisse dazu ermutigen. Viele Chemo-Therapie-Regime tun das nicht. Sie prahlen nicht selten mit wenigen Monaten Überlebensverlängerung und verschweigen den qualvollen Preis dieses „Vorteils“.

## Das Leidwesen der Leitlinien-Medizin

Zu dem anmaßenden Anspruch einer Studie, Denk- und Handlungsvorschrift für den praktisch tätigen Arzt zu sein, drängt sich das Verhältnis zwischen Kirche und Gläubigen in manchen Religionen auf.

Dieser Weg der Wahrheitsfindung muss als gescheitert betrachtet werden. Hier möchte ich mit *Willigis Jäger* sagen: „Die Religion ist ein Wegweiser. Wenn sich der Wegweiser zu wichtig nimmt und mir im Wege steht, folge ich ihm nicht!“

## Der Schlachtruf „Evidence based Medicine“

Er prüft alles, nur nicht das Wesen der Wissenschaft. Er zieht aus mit dem schneidigen Anspruch, dem Unwesen der Unwissenschaftlichkeit das Handwerk zu legen.

Leider bleibt dabei auch die ärztliche Kunst mit ihrem menschlichen Augenmaß auf der Strecke. Wenn dieser Schlachtruf zur „Leitlinie“ wird, dann regieren nur noch Reflexe, z.B. Lymphknoten → histologische Untersuchung!

---

homöopathischen Repertorien zur Verfügung stand, blieb der gute alte Arztkoffer mit den „bewährten Indikationen“ ungeöffnet in der Ecke liegen. Somit kam auch die „Erfahrung“ zu kurz. Was soll uns wundern, wenn ohne „Erfahrung“ und „Intuition“ nichts mehr herauskommt? (Walach H, Haeusler W, Lowes T, Mussbach D, Schamell U, Springer W, Stritzl G, Gaus W, Haag G: Classical homeopathic treatment of chronic headaches. *Cephalalgia* 1997; 17: 119–126.)

Die Italiener haben es etwas praktischer angestellt. 10 bewährte Kopfschmerzpräparate wurden den Therapeuten zur Verfügung gestellt und ihnen freie Wahl gelassen, auch zwei Mittel zu kombinieren, ein nicht ganz astreines, aber sehr bewährtes Verfahren. So wurde ein hochsignifikantes Ergebnis im Doppelblindversuch erzielt! (Brigo B et al: Le traitement homéopathique de la migraine: une étude de 60 cas, contrôlée en double aveugle (remède homéopathique vs. placebo). *J. Liga Med. Homeop. Intern.* 1987; 1: 18–25.)

Es ist in der Medizin viel leichter, ein falsch negatives als ein falsch positives Ergebnis zu erzielen. Aus diesem Grunde heben sich zwei Studien mit unterschiedlichen Ergebnissen keineswegs auf. Vorausgesetzt, dass sie das gleiche Niveau in der Durchführung haben, wiegt die positive Studie *eo ipso* höher!

11 Nur wenige Ärzte machen sich Gedanken über grundsätzliche Fragen medizinischer Erkenntnis. Zu diesen Ausnahmen gehört Gedeon W: *Erfahrungsheilkunde und Naturheilverfahren*. Heidelberg: Haug; 1991.

12 Field, Lohr, Institute of Medicine. *Guidelines for Clinical Practice: from Development to Use*. National Academie Press, Washington d. C. 1992; 34. Zitiert aus: Gerlach FM, Bahrs O, Fischer GD und Weis-Plummeyer M: Leitlinien für die hausärztliche Praxis. *Z. Allg. Med.* 1995; 71: 950–956.

auch wenn er noch so unschuldig scheint: Man kann ja nie wissen! Die „Leitlinie“ kennt da kein Pardon! Ganz abgesehen von dem ungeklärten Verhältnis der „Wissenschaft“ zur „Heil-Kunst“ steuert uns der Schlachtruf in eine unmündige Abhängigkeit vom angloamerikanischen Medizinbetrieb und seiner grenzenlosen Selbstüberschätzung. *Evidence* wird rasch mit *medline-listed* konkretisiert und wir Künstler und Denker in Deutschland sind dann die Deppen! Heute schon schmettern Medizinische Dienste, diese Erfüllungsgehilfen eines kranken Kassensystems, Anträge mit der Begründung ab, die zitierte Literatur sei nicht *medline-gelistet*. So einfach ist also die Frage der „Wahrheitsfindung“<sup>11</sup> geworden! Wir können kein Wettrennen mit den Vereinigten Staaten um die Höhe der Forschungsgelder gewinnen. Aber wir könnten den Nachteil der schwächeren Finanzkraft leicht durch die Kraft des Denkens wettmachen: Hase und Igel! Dazu müssen wir uns erst einmal aus den verkrusteten Denkstrukturen befreien.

## Wissen als Weg

Überhaupt wirkt die Vorstellung einer „definitiven Evaluierung“ weltfremd. Selbstkritische Kliniker haben erkannt: Was wir heute in den führenden Zeitschriften wie *Lancet* und *New England Journal of Medicine* als wissenschaftlich gesicherte Revolutionen feiern, davon hat in 10 Jahren allenfalls noch 10 % Bestand. Das heißt aber nicht, dass der Fortschritt so rasant vorangeht, sondern dass sich ein großer Teil des „Fortschritts“ als Luftblase erweist.

## Stellenwert der Studie in der westlichen Medizin

Bei der maßlosen Überbewertung, die die Studie im Bewusstsein der Laien und leider auch der Ärzte genießt, mögen wir uns vor Augen halten, dass nur ein ganz kleiner Teil unserer Tätigkeiten durch Studien belegt sind. Wenn wir alle Handlungen des etablierten Medizinbetriebs nach den beiden Kriterien „wissenschaftliche Begründung“ (*evidence*) und „Verbreitung“ (*prevalence*) untersuchen, dann trifft der Glücksfall der weiten Verbreitung einer wissenschaftlich gut fundierten Methode gerade auf 4 % aller Handlungen zu<sup>12</sup>. Wollten wir unsere Tätigkeit auf diesen kleinen Kreis einschränken, dann müssten wir sofort in den Urlaub gehen oder besser gleich umschulen! Unser gesamtes Gesundheitssystem bräche augenblicklich zusammen. Auch heute noch gilt, dass der größte Teil unserer ärztlichen Tätigkeit auf Erfahrung beruht. Wer diese Zeilen mitgelesen *und* mitgedacht hat, wird verstehen, dass dies vermutlich auch in Zukunft so bleiben wird!

## Expertenmeinungen

Während gute Studien zweifellos einen gewissen Erkenntniswert haben, sind „Expertenmeinungen“ oft völlig unbrauchbar. Hier ist die Käuflichkeit ganz besonders groß. Die Expertenmeinung hat sogar die „Freiheit“, um

nicht zu sagen, die „Frechheit“, sich über jede Studie und schon gar über jede Erfahrung hinwegzusetzen. Ein Beispiel aus dem Gebiet der Toxikologie, auf dem vielleicht besonders viel gelogen wird, ist die Aussage von Experten zur Unbedenklichkeit des Amalgams: Während unter 2000 Studien keine einzige geeignet ist, die Bedenken zu zerstreuen, wird es von professoralen „Experten“ heute noch als Standardtherapie der Karies empfohlen.

Dieses Beispiel möge vor dem Hintergrund der naiven Gleichsetzung Universität = Wissenschaft betrachtet werden, die heute noch in Laienkreisen und vor Gericht, ganz zu schweigen vom Medizinischen Dienst, kursiert. Soviel zur „Erkenntnis“ in der Heilkunst. Nun zu der Frage der „Moral“.

### Die Moral in der Medizin

Sie ist immer an ganz konkrete Lebenssituationen geknüpft. Es gibt keine „allgemeine“ Moral.

### Die Studie und der individuelle Heilversuch

Die Studie hat ihre Moral und der individuelle Therapieversuch hat seine Moral. Es geht nicht an, dass sich die Ethik der Studie vor die Ethik des praktisch tätigen Arztes in seiner immer einmaligen therapeutischen Situation setzt! Das ist nicht schwer zu verstehen: Die Gefahren, Verrat an der Sache des „Heilens“ zu üben, sind beim individuellen Heilversuch ganz anders als bei der Studie.

### Die Gefahren der Studie: Wissen, Karriere-Ehrgeiz und Geld gehen vor das Wohl des Patienten

Bei der Studie besteht die Gefahr, das „Wissen“ vor das „Wohl“ des Patienten zu stellen, wie wir das im Falle des Farnesyltransferase-Inhibitors gesehen haben.

Beim individuellen Heilversuch spielt der Wissensgewinn eine untergeordnete Rolle. Die Lehre, die ich aus jedem Fall ziehe, geht ein in den Erfahrungsschatz, der jedem Patienten zugute kommt. Bestimmend ist hier der Impuls, zu helfen. Das bedarf keiner Rechtfertigung. Bedenklich ist vielmehr der rigorose Verzicht auf Mittel, die möglicherweise helfen aber noch nicht den höchsten Grad wissenschaftlicher Evaluierung erreicht haben.

Aus der unterschiedlichen Hierarchie von „Wissen“ und „Wohl“ folgt, dass sich die Art des Wissens, die in der jeweiligen Situation v.a. gefragt ist, sehr unterscheidet. Während in der Studie objektivierbares Wissen gefragt ist, ist beim individuellen Heilversuch v.a. die Erfahrung des Arztes gefragt.

Wir sehen, dass „Studie“ und „individueller Heilversuch“ unter völlig verschiedenen erkenntniskritischen und ethischen Prämissen stehen, sodass ihre Verwechslung weitreichende Folgen hat. „Wohl“ und „Wissen“ haben in den beiden Situationen ein umgekehrtes Verhältnis. Bei der Studie steht das „Wissen“ im Vordergrund und der Patient

muss eigens durch ethische Komitees geschützt werden, damit sein „Wohl“ nicht unter die Räder kommt. Beim individuellen Heilversuch ist die Hierarchie umgekehrt.

Auch der Ehrgeiz, die Universitäts-Karriere, ist eine echte Gefahr für den Patienten.

Da die meisten Studien von der Industrie mitfinanziert sind, gefährdet auch das Geld den Studien-Teilnehmer.<sup>13</sup>

### Die Gefahr des individuellen Heilversuchs: die Bereicherung

Der individuelle Heilversuch ist, wie die Studie, der Verführung eines ökonomischen Vorteils ausgesetzt.

Klar: Der Arzt muss leben: der Praktiker wie der Professor! Jeder hat dabei auch seine Schwachstellen. Der eine braucht Sponsoren, der andere Überweisungen und jeder muss dabei den Balance-Akt zwischen „Vorteil“ und „Aufrichtigkeit“, sagen wir: zwischen „Leben“ und „Wahrheit“, tanzen. Dieser Tanz ist das Kunstwerk unseres Daseins!

### Die Gefahr der Bevormundung des individuellen Heilversuchs durch die Studie

Der angesprochene Leitartikel und leider noch eine Reihe weiterer Dokumente sind durch mangelnde Differenzierung geprägt. Es wurde die Ethik der Studie kritiklos auf die gänzlich anders geartete Situation des individuellen Heilversuchs übertragen. Wenn man bedenkt, dass der ärztliche Tätigkeitsbereich einer Studie zu den seltensten ärztlichen Handlungen gehört, dann wird der Schaden dieser Verwechslung besonders offenkundig: Eine extrem seltene und artifizielle Situation maßt sich an, das moralische Urteil über alle anderen Situationen zu sprechen!

Diese Verwirrung der Lebensbereiche und ihrer Begriffe hat weitreichende Folgen:

Immer wieder hören wir z.B. von Vertretern der Universitätsmedizin und auch von Medizinischen Diensten das Argument: eine bestimmte Methode, z.B. die Plasmapherese zur Beseitigung zirkulierender Immunkomplexe und anderer toxischer Produkte bei weit fortgeschrittenen Krebserkrankungen, sei außerhalb medizinischer Studien in einem Einzelfall ethisch nicht zu rechtfertigen.

Dieses Argument, tausendfach vorgebracht, zeugt doch von einem bedauerlichen Mangel an begrifflicher Klarheit. Die ethisch und rechtlich völlig getrennten Bereiche der „Studie“ und des „individuellen Heilversuchs“ werden

<sup>13</sup> 200 Mio. DM sind von einem Zytostatika-Produzenten an 200 Studienleiter bezahlt worden, in einem Stadium, wo längst klar war, dass das Mittel keine Lebensverlängerung mit sich bringt.

Es ist verständlich, wenn ein mit solchen Freuden überhäufter Professor nichts über die „etablierte Therapie“ kommen lässt. Mit der Zulassung eines Mittels hört der Segen nicht auf. Jede Anwendung wird unter dem Namen einer „Beobachtungsstudie“ reichlich entlohnt. Derlei Verlockungen machen verständlich, dass sich die endlose Zytostatika-Therapie fortgeschrittener Krebserkrankungen „bis zum bitteren Ende“ mit einer solchen Zähigkeit am Leben hält! Dies bringt die internistische Onkologie in den Verruf einer „chemotherapeutischen Sterbebegleitung“.

auf unverzeihliche Weise durcheinandergebracht. Das einzige Fundament dieser Verwirrung ist das moralische Pathos, mit dem sie vorgebracht wird: So versteht es die „unterlassene Hilfeleistung“, sich mit dem Heiligen-schein eines besonders hochstehenden ethischen Verhaltens zu umgeben!

Der Weltärztebund hat hier deutlich bessere Köpfe an seiner Spitze und kommt zu einem völlig konträren Standpunkt. Er ist in der Helsinki-Deklaration niedergelegt, die für uns Ärzte auch in Deutschland verbindlich ist<sup>14</sup>:

*„Bei der Behandlung eines Kranken muss der Arzt die Freiheit haben, neue diagnostische und therapeutische Maßnahmen anzuwenden, wenn sie nach seinem Urteil die Hoffnung bieten, das Leben des Patienten zu retten, seine Gesundheit wiederherzustellen oder sein Leiden zu lindern.“*

Zweitausend Jahre Christentum sollten doch gewisse Spuren in unserem Denken hinterlassen haben. Es drängt sich bei diesen Überlegungen das Gleichnis des Schäfers auf, der dem einen verirrt Schaf in die Wüste folgt und völlig unverantwortlicher Weise die Herde alleine lässt. Er entfernt sich also von der kollektiven Moral und ist ganz von dem Impuls, dem verirrt Schaf zu helfen, getragen.

### Die Schicksalsgemeinschaft Arzt-Patient als bester Garant gegen die Ausbeutung

Je unpersönlicher das Arzt-Patienten-Verhältnis wird, umso größer ist die Gefahr einer Ausbeutung. Der beste Garant ist die Schicksalsgemeinschaft, die sich beim ersten Besuch etabliert. Der Arzt macht sich das Schicksal des Patienten zu eigen und setzt alles daran, ihm wie einem Bruder zu helfen!

Dieses System ist hier in Deutschland, dank des Hausarzt-Systems, im Grunde verwirklicht: Der Patient hat freien Zugriff zu seinem Hausarzt. Er ist mit ihm buchstäblich Tag und Nacht durch das Telefon neben dem Bett verbunden. Es ist klar, dass meine „Sorgenkinder“ und dazu zählen alle Krebskranken im fortgeschrittenen Stadium, meine private Rufnummer haben. Ich freue mich mit den Patienten über jeden Fortschritt. Ich juble über jede Heilung, und ich bin traurig, wenn es nicht gut geht! Diese persönliche Verbundenheit, ein Hauch von Hausarzt, sollte vielleicht in der Onkologie Einzug finden. Dann erübrigen sich die bösen Befürchtungen!

### Das Verhältnis der Therapeuten untereinander

Beim Eid des Hippokrates haben wir geschworen, auch ein gutes Verhältnis untereinander zu pflegen. Ein sehr renommierter Onkologe hat einen wahren Satz gesagt: „... die für die Betreuung wichtige Beziehung zum Kranken kann nur so gut sein, wie sie die zwischen den Betreuern selbst ist.“<sup>15</sup>

Der Streit in der DGO ist ein Echo auf die Revierkämpfe zwischen klassischer und komplementärer Onkologie,

zwischen Schulmedizin und biologischer Medizin. Dabei ist gegen diesen Grundsatz oft schwer verstoßen worden. Es sind zweifellos Übergriffe auf beiden Seiten geschehen. Damit solche unschönen Dinge nicht ewig wiederholt werden, möchte ich an einige Regeln erinnern:

1. Ein zu heftiges Moralisieren stört den Dialog. Es unterstellt dem Gesprächspartner einen geringeren ethischen Reifegrad. In der damaligen Diskussion wurde also nicht nur „Moral“ mit „Wissenschaft“ durchmischt, auch die Lautstärke trug zur Disharmonie bei!
2. Ein gewisses Grundvertrauen ist notwendig, sonst erübrigt sich jeder Dialog. Sowenig es einen Primat der Ethik gibt, gibt es einen Primat des Wissens. Es geht um Heilung und um sonst nichts! *Thomas Withering* hatte die Demut, die Erfahrung eines Kräuterweibleins ernsthaft zu prüfen. Das hat sich gelohnt. *Digitalis* gehört auch heute noch zu den häufigst verordneten Heilmitteln, dank der Beobachtungskunst eines Kräuterweibleins und der Demut eines Doktors<sup>16</sup>.
3. Die Ehre eines Professors ist nicht heiliger als die Ehre eines primitiven Praktikers. Nur wenn wir Achtung vor einander haben und uns die Ehre eines anständigen Gespräches geben, kann der Dialog fruchtbar werden!
4. In unserem Kulturkreis hat der Dialog meist dialektischen Charakter, d.h. wir werden uns polarisieren und unsere Positionen mit aller Kraft und Leidenschaft verteidigen.

Wollen wir aber zu einer höheren Erkenntnis kommen, dann gilt es, nicht nur den Gegner, sondern v.a. sich selber zu überwinden. Es ist nicht der Sinn der „Antithese“, die „These“ zu vernichten, sondern mit ihrer Hilfe sich selber aufzuheben in eine höhere Einsicht. Nicht „Verhöhnung“ ist der erkenntniskritischen Grundposition angemessen, sondern dem „Gegner“ die Ehre zu geben. Es gilt das Gesetz: Jede Gegnerschaft, jede Umkehrung, jedes „Anti-“, jedes „Nein“ setzt eine gemeinsame Ebene voraus.

<sup>14</sup> Helsinki-Deklaration von 1964, Revision von 1996. Im Oktober 2000 ist sie noch etwas präzisiert worden, ohne dass der Kern der Aussage dadurch berührt worden wäre: „Bei der Behandlung einer Krankheit, für die es keine erwiesenen prophylaktischen, diagnostischen und therapeutischen Methoden gibt oder diese keine Wirkung zeigten, muss der Arzt mit der Einwilligung des Patienten nach Aufklärung die Freiheit haben, nicht erprobte neue prophylaktische, diagnostische und therapeutische Maßnahmen anzuwenden, wenn sie nach dem Urteil des Arztes die Hoffnung bieten, das Leben des Patienten zu retten, seine Gesundheit wiederherzustellen, oder sein Leiden zu lindern.“ (Absatz C, § 32).

<sup>15</sup> *Gallmeier* im Vorwort zur deutschen Ausgabe von *Hirshberg, Barasch: Gesund werden aus eigener Kraft. Spontanheilungen bei Krebs.* München, 1997, S. I.

<sup>16</sup> Sie kommt zu der Einsicht: Jeder Gewinn ist mit einem Verlust verbunden. Was ich dem Weiblein an Wissen voraus habe, das hat es mir an Intuition und Beobachtungsgabe voraus. Die Gaben sind viel gerechter verteilt, als wir meinen. Wir müssen sie nur zu würdigen wissen. Unsere Wertungen sind schief: Augenblicklich erfahren die Gaben der Rhetorik und des logischen Denkens eine völlig ungerechtfertigte Überbewertung. Sie überhäufen mich mit schmucken Titeln. Das Waldweib geht dabei aber leider leer aus.

Nicht ganz so gewaltig, aber ähnlich ist der Unterschied zwischen theoretisch überfrachtetem Universitätswissen und der Lebenserfahrung eines praktischen Arztes, der ein Gespür dafür hat, was jetzt für den Patienten wesentlich ist.

Wie töricht, wenn sich Waagschalen beschimpfen! Auch im Fall eines Ungleichgewichts gilt: Sie spielen immer um eine gemeinsame Mitte. Des einen „Auf“ ist des andern „Ab“<sup>17</sup>.

Aus dieser grundsätzlichen Besinnung wird klar: „Polarisierung“ in Ehren, solange sich die Pole bewusst sind, dass sie einer Einheit entspringen und zu ihr zurückkehren in einer Art „Brückenschlag“. Dazu möchte der Aufsatz einen kleinen Beitrag leisten.

### Die Vitalität einer Gesellschaft

Querköpfe sind gut: Sie sorgen für den nötigen Dampf in der Diskussion! Das Schlimmste, was eine Gesellschaft, sei es eine Fachgesellschaft oder die Ärzteschaft im Ganzen, befallen kann, ist Lethargie. Dann degeneriert sie zu einem „Klub der toten Therapeuten“<sup>18</sup>.

Diese Zeiten sind – gottlob – vorbei. Aus der Psychiatrie wissen wir, dass bei einer zyklischen Psychose die depressive Phase oft schwerer zu behandeln ist als die manische. Ähnliches gilt in der Immunologie: Die Anergie ist schwerer zu beheben als die Hyperergie. Zeitweise befand sich die Auseinandersetzung zwischen Schulmedizin und biologischer Medizin in einer hyperergen Phase und vielerorts ist sie es noch. Das schadet nichts: Als 68er Spätlese schieße ich fröhlich zurück, wenn ich angeschossen werde, besinne mich aber auf das Wesentliche, das jenseits solcher Stellungskriege geschieht.

### Alle Ärzte werden Brüder...

Freude, schöner Götterfunken: in dem redlichen Bemühen, einzelnen, längst verlorenen Schafen die Rückkehr in ein sinnvolles Leben zu ermöglichen, hat sich eine fantastische Gemeinschaft quer durch alle Fachrichtungen, Ideologien und Hierarchien gebildet, wo jeder den anderen

17 Bert Brecht hat das am Beispiel von „arm“ und „reich“ so treffend gezeigt:  
 „Reicher Mann und armer Mann  
 Standen da und sah'n sich an.  
 Und der Arme sagte bleich:  
 „Wär ich nicht arm, wärst du nicht reich!“

18 Brief an den Präsidenten vom 1.11.99

achtet und nur ein Ziel hat, das uns verbindet, nämlich dem Kranken in dem klaren Bewusstsein zu helfen, dass er nichts anderes ist als eine Möglichkeit meiner selbst, die jetzt schon jederzeit eintreten *kann*, in Zukunft aber ganz sicher eintreten *wird*: Er ist mein Schicksalsgefährte, der mir nur einen Schritt voraus gegangen ist und mir das zerbrechliche Glück der Gesundheit heilsam vor Augen führt. Er drängt mich zum Dank für den Augenblick, in dem ich atmen und aufblicken darf!

Dieser Gemeinschaft von gleichgesinnten Kollegen verdanke ich, dass mir Viren, Dendritische Zellen und Natürliche Killerzellen von immer besserer Qualität zur Verfügung gestellt werden, dass mir Port-Systeme dort implantiert werden, wo ich sie brauche und dass Radiologen mir meine Helfer mit unendlich langer und sensibler Nadel in die entlegensten Tumoren injizieren.

Diese Gemeinschaft konnte sich nur bilden, weil der Religionskrieg zwischen Schul- und biologischer Medizin als pubertäre Periode längst überwunden ist. Jeder kämpft auf seine Weise voll Wohlwollen und mit offenem Visier. In diesem Kreis von Mitstreitern lässt sich nichts verbergen. Ohne Erfolge würden sie mir auch über kurz oder lang die Gefolgschaft verweigern. So bin ich – den Patienten wie den Kollegen gegenüber – in einem heilsamen Erfolgswang.

### Das gesunde Gleichgewicht zwischen experimenteller Medizin und ärztlicher Erfahrung

*Gesundheit* ist nach chinesischer Auffassung „Gleichgewicht“ polarer Kräfte. Dieses Gleichgewicht wird erheblich gefördert, wenn wir dem zwanghaft naturwissenschaftlichen Denken, das augenblicklich noch die Universitäten beherrscht, einen ebenbürtigen Gegenpol durch unsere ärztliche Erfahrung und durch größere Klarheit der Gedanken bilden. Nur so können wir unseren Beitrag dazu leisten, dass unser Beruf das wird, was er ist: eine Kunst!

Korrespondenzadresse

Arno Thaller

Arzt f. Allgemeinmedizin

In der Hölle 4, 91801 Markt Berolzheim