

## **Durch Messen verstehen ?**

Vortragsmanuskript erstellt auf Einladung zur (ausgefallenen) Tagung der Akademie für  
Palliativmedizin und Hospizarbeit

Dresden, 5. 11. 2005

**Gerald Ulrich**

Seelisches verstehen wir, Körperliches erklären wir!

So steht es in der im Jahre 1913 in erster Auflage erschienen „Allgemeinen Psychopathologie“ von Karl Jaspers. Rückblickend ist festzustellen, dass der wissenschaftliche Ertrag dieser von Dilthey (1894) formulierten Gegenüberstellung eher dürftig war.

„Verstehen“ im Sinne von einleuchten, kann für die Wissenschaft nur ein unverbindliches Spielen mit Möglichkeiten sein. Wissenschaftlichkeit kommt erst ins Spiel, wenn das Bedürfnis nach empirischer Überprüfung der Stichhaltigkeit von scheinbar Verstandenem entsteht. Angestrebt werden muss letztlich immer die intersubjektive Verbindlichkeit von Aussagen. Dabei ist es von größter Wichtigkeit, sich auch mit der Frage nach den Grenzen des naturwissenschaftlichen Erkennens auseinanderzusetzen.

Die Prüfung auf intersubjektive Verbindlichkeit geschieht in den empirisch betriebenen Wissenschaften durch objektives Messen. Objektiv messbar sind ausschließlich Objekte. Die Erlebnisinhalte eines Subjekts, also das Subjektive ist einem anderen Subjekt, mithin auch einem wissenschaftlichen Beobachter, grundsätzlich verschlossen. Man sprach auch vom „unüberbrückbaren Hiatus der Intersubjektivität“ (James, 1890). Vielerlei Gründe gegen die Existenz eines derartigen Abgrunds wurden vorgetragen, darunter aber kein stichhaltiger (Hartmann, 1927). Um zu Aussagen über Fremdseelisches zu kommen, sind wir auf die Mitteilungen des Anderen angewiesen oder auf Indizien und Rückschlüsse. Dazu bedient man sich auch bestimmter Techniken, etwa die der

empfindenden Beobachtung oder der Analyse des nonverbalen Verhaltens (z.B. Ulrich, 1981). Da es hierbei nicht um physikalisches Messen geht, ist stets ein gewisses Maß an Unsicherheit in Kauf zu nehmen.

Anglo-amerikanischem Sprachgebrauch folgend hat sich in den Naturwissenschaften ganz allgemein die Redeweise eingebürgert: „Dieses Problem ist noch nicht verstanden“, wenn zum Ausdruck gebracht werden soll, dass der einem beobachteten Phänomen zugrunde liegende Erzeugungsmechanismus unbekannt ist. Dieser Redeweise bedienen sich heute ganz selbstverständlich auch die Medizinforscher, wissenschaftshistorisch gesehen allerdings erst seit relativ kurzem. Noch bis zur Mitte des 19. Jahrhunderts verstand sich die Medizin weit eher als Kunst, denn als Wissenschaft. Dies änderte sich erst mit der Übernahme des in den exakten Naturwissenschaften schon lange vorher erfolgreich praktizierten Prinzips, zu messen, was messbar ist und messbar zu machen, was noch nicht messbar ist. Dieser Umorientierung verdankt die Medizin nach Jahrhunderte währendem Dornröschenschlaf, eine Verwandlung in eine veritable Wissenschaft. Neben irrationalen Überzeugungen, verbunden mit magischem Denken, stützten sich die Ärzte bis dahin – bestenfalls – auf ihre 5 Sinne. Medizinstudenten reagieren ungläubig bis belustigt, wenn sie vom Medizinhistoriker hören, dass es noch im 19. Jahrhundert für den Arzt ganz selbstverständlich war, den Diabetes mellitus durch Ablecken des in den Patientenurin getauchten Fingers zu diagnostizieren. Oder denken Sie an die „hohe Kunst“ der Pulsdiagnostik mit ihrer verwirrenden, an Weinkenner-Metaphorik erinnernden Differenzierung von angeblich unterscheidbaren Qualitäten, etwa „Pulsus celer et altus“.

Wenig bekannt ist, dass die erste physikalische Messung in der Medizin Mitte des 19. Jahrhunderts, die der Körpertemperatur war. Natürlich standen damals noch nicht die uns bekannten handlichen Thermometer zur Verfügung. Vielmehr bediente man sich unförmiger Geräte, wie sie auch von den thermodynamisch forschenden Physikern jener Jahre benutzt wurden. Um die Wende vom 19. zum

20. Jahrhundert machte man gemäß der Devise, auch dasjenige messbar zu machen, was noch nicht messbar war, Anleihen bei der sich in jenen Jahren gerade entwickelnden experimentellen Psychologie. In der Psychiatrie übernahm man das Prinzip der Fremdbeurteilung. Einzelbeurteilungen wurden zu einem Summenscore, wie beispielsweise dem sog. Intelligenzquotienten addiert. Die Zahl wurde als Analogon eines physikalischen Messwerts betrachtet. Zugrunde lag auch hier das Bestreben, das für das neue naturwissenschaftliche Selbstverständnis störende Subjektive durch Messung zu objektivieren und es so zu eliminieren. Aufgrund der stetig wachsenden Bedeutung der ursprünglich nur als Hilfsverfahren betrachteten physikalisch-chemischen Messungen verstand sich die Medizin selbst immer mehr als angewandte Naturwissenschaft (Naunyn, 1902; Virchow, 1907). Nicht mehr dem scheinbar allwissenden und hochmögenden Behandler-Arzt vom Typus Hufeland galt nunmehr die öffentliche Hochschätzung, sondern dem Forscher-Arzt. Bedeutende Arztforscher, wie etwa Virchow, feierten die damalige im Messprinzip kulminierende Revolution der Medizin auch als die „Neue Medizin“. „Schulmedizin“ als ein heute oft mit einem kritischen Unterton verwendeter Begriff meint eben dieses physikalisch-mechanistische Medizinverständnis.

Wenn also erst das Messen die Medizin aus den Niederungen vorwissenschaftlicher Irrationalität herausgeführt und ihr einen respektierten Platz unter den rationalen Naturwissenschaften gesichert hat - warum dann das Fragezeichen hinter dem Titel: „Durch Messen verstehen?“

Um der Frage nach diesem Fragezeichen näher treten zu können, müssen wir uns zunächst einmal klar machen was wir eigentlich meinen, wenn wir von Messen sprechen. Der Erkenntnistheoretiker belehrt uns hierzu, dass „Messen“ ein Vergleichen sei und dass man nur Vergleichbares vergleichen, also messen könne. Streng genommen wäre demnach nur Identisches vergleichbar, eine Forderung die weit über die der sprichwörtlichen Unvergleichbarkeit von Äpfel

und Birnen hinausgeht. Wie uns Leibniz lehrte, dürfe man eigentlich nicht einmal die Blätter eines Baumes zählen, da kein einziges Blatt eines Baumes mit einem anderen identisch sei. Dessen ungeachtet hat sich das Vergleichen von prinzipiell Unvergleichlichem in der Praxis als äußerst nützlich erwiesen – vorausgesetzt es wird **vor** dem Vergleichen bzw. Messen eindeutig dargelegt, was man warum und mit welcher Erwartung zu messen gedenkt. Dabei hat man sich stets darüber im Klaren zu sein, dass das Messen nicht etwa auf die **Qualität** der Dinge zielt, sondern immer nur auf deren **Quantität**, weswegen die Begriffe „Messen“ und „Quantifizieren“ gleichbedeutend sind. Synonym für diese stets zu fordernde konsistente Begründung einer Messprozedur steht „Theorie“. Jedes messende Forschen bedarf einer Theorie. Anders gewendet, ein theoriefreies, methodengeleitetes Messen ist als wissenschaftliches Verfahren nicht zu rechtfertigen, da es über die Erzeugung von Unmengen nicht interpretierbarer und auch nicht replizierbarer Befunde in die schon von Jaspers (1913) apostrophierte „unfruchtbare Endlosigkeit“ führt. Bedauerlicherweise ist die sich primär von den verfügbaren neuen Methoden bestimmte Forschung heute eher Regel als Ausnahme, sowohl in den mit öffentlichen Geldern geförderten Forschungslabors wie auch in den die ärztlichen Praxen versorgenden vollautomatisiert arbeitenden Diagnoseinstituten. Es versteht sich von selbst, dass diese Art des Messens dem Verständnis der komplexen Bewandniszusammenhänge, auf die es in der ärztlichen Praxis ja entscheidend ankommt, eher abträglich sein muss. Eher negativ wird sich eine unbegründete, Messwerte produzierende Apparatediagnostik auch dann auswirken, wenn sie bei fehlendem somatischen Befund eingesetzt wird, nur um dem Patienten gegenüber den Anschein des kundigen Tätigseins zu wecken. „Ut aliquid fieri videtur“ — so entschuldigten Ärzte vergangener Generationen einander die Unredlichkeit solchen Handelns. Heute ist man da weit weniger skrupulös. Als ich anfangs der 70er Jahre meine Facharztweiterbildung begann, kam es noch dem Eingeständnis eines Mangels an geistiger Anstrengung oder

Fachkompetenz gleich, technische Untersuchungen anzuordnen, ohne dafür eine Begründung angeben zu können. Das hat sich inzwischen radikal geändert. Klinikärzte halten es für ganz selbstverständlich, einem Patienten erst dann körperlich näher zu treten, wenn ihnen die gesamte Palette der üblichen Laborbefunde vorliegt.

Ein relativ neues Problem der messenden Medizin besteht in der immer größeren Sensitivität molekularbiologischer Konzentrationsbestimmungen. Zunehmend kommen Tests auf den Markt, bei denen die Frage nach der medizinischen Bedeutung immer schwerer zu beantworten ist. Dies gilt ganz besonders für die Tumormarker. Da man diese Verfahren mit der Begründung, sie seien einfach zu sensitiv, nicht wieder in der Versenkung verschwinden lassen kann, werden wir hier an die Büchse der Pandora und Goethes Zauberlehrling in einem erinnert. Entsprechende Probleme tun sich für die histologische Frühdiagnostik auf. Wie groß muss ein Krebs sein, um ihn als solchen zu diagnostizieren, wie viele Krebszellen sind bei welcher Zähltechnik für die Diagnose erforderlich, die ja – wenn erst einmal gestellt – nicht folgenlos bleiben kann?

Der Kalauer, dass es keine wirklich Gesunden gäbe, sondern nur solche, die nicht intensiv genug diagnostiziert wurden, ist heute aktueller denn je. Was noch vor wenigen Jahren als undenkbar schien, heute ist es Realität. Sorgfältige Risiko-Nutzen Berechnungen lassen bestimmte Vorsorgeuntersuchungen in einem zweifelhaften Licht erscheinen und zwar vor allem aufgrund der Gefährdung allzu vieler Personen infolge falsch-positiver Messergebnisse. Erst kürzlich wurde ein weit verbreiteter systematischer Fehler mit katastrophalen Auswirkungen bei der Prostata-Vorsorgeuntersuchung publik. So würden Urologen das Blut zur PSA-Bestimmung oft erst nach der digitalen Abtastung der Drüse entnehmen. Aufgrund dieser vorausgegangenen Manipulation würde der auch beim Gesunden im Drüsengewebe vorhandene Marker ins zirkulierende Blut gelangen und dort eine mitunter hochgradig pathologische

Konzentrationserhöhung vortäuschen. Mit Blick auf die Problematik der Prostatachirurgie kann man sich ausmalen, wieviel Leid hier das Messprinzip über Gesunde gebracht hat und noch bringen wird.

Um nicht falsch verstanden zu werden, durch Missbrauch, bzw. durch technische Fehler wird der potentiell große Erkenntniswert des Messprinzips nicht im Geringsten in Frage gestellt.

Das eigentliche, weitgehend tabuisierte Problem der messenden Medizin beginnt erst in dem Moment, in dem Mediziner sich überzeugt geben, dass alles, was für Diagnostik und Therapie irgendwie von Belang ist auch messbar sei, bzw. dass umgekehrt das Nicht-Messbare als irrelevant oder gar unwissenschaftlich betrachtet wird. Ich darf hierzu nur kurz auf die von stets medienpräsenten Neurowissenschaftlern als Ergebnis hochkarätiger empirischer Forschung ausgegebene Behauptung hinweisen, wonach der „Freie Wille“ nichts weiter als eine bedauerliche Selbsttäuschung des Menschen, eine „Illusion“ sei (Elger et al. 2004; Bock et al. 2005; Ulrich, 2005). Die Überzeugung, dass das seinem Wesen nach nicht Objektivierbare, also das Subjektive keine „wissenschaftliche Tatsache“ (Fleck, 1935) sein kann, ist in der Medizin nach wie vor bestimmend. Daran hat auch eine permanente Infragestellung durch nachdenklichere Ärzte mit naturgemäß geringer Breitenwirkung nichts zu ändern vermocht.

Dies zeigt sich besonders eindrücklich am Umgang mit dem Schmerz, als einem subjektiven, prinzipiell nicht-messbaren Phänomen. Wer hätte nicht schon von diesem oder jenem gehört, der, beispielsweise nach einem operativen Eingriff, um medikamentöse Schmerzlinderung bittend, abschlägig beschieden worden wäre? Die Schmerzen müssten ja wohl noch auszuhalten sein, wo doch erst vor einer Stunde ein Schmerzmittel in ausreichender Dosierung gegeben worden sei. Und im Übrigen sei es aus ärztlicher Sicht und im Hinblick auf den Heilungsprozess nicht vertretbar, zuviel an Medikamenten zu geben.

Schmerzphysiologen sehen im Schmerz das psychische Korrelat, bzw. „nichts anderes“ als die Weiterleitung neuronaler Entladungspotentiale durch sog. C-

Fasern ins Gehirn. In der Praxis gibt es aber nicht **den** Schmerz, sondern eine breite Palette ganz heterogener Erlebnisinhalte mit dem gemeinsamen Nenner des Unangenehmen bis Quälenden. Diese Palette reicht vom blitzartig einschießenden Zahnwurzelschmerz, über den dumpfen Druckschmerz, den Muskelkater, den anhaltenden Tumorschmerz, den Phantomschmerz, den hysterischen Ganzkörperschmerz bis hin zum seelischen Schmerz. Die prinzipiell berechtigte Frage nach dem jeweiligen körperlichen Korrelat dieser ganz unterschiedlichen Schmerztypen kann oft nur unbefriedigend und mitunter gar nicht beantwortet werden. Dies liegt daran, dass die Art der leib-seelischen Korrelation keine umkehrbar-eindeutige ist, weil sie von einer Fülle unkontrollierbarer Einflüsse mitbestimmt wird. Ob jemand aus der Nachbarwohnung kommende Geräusche als massiv störend, als erträglich oder überhaupt wahrnimmt, hängt nur zu einem bestimmten Grad von der Lautstärke ab, wie sie objektiv in Phon gemessen werden kann. Von großer, mitunter entscheidender Bedeutung für die erlebte Beeinträchtigung, die ja durchaus als eine Art Schmerz zu beschreiben ist, sind vielerlei nicht-messbare psychosoziale Faktoren, wie die Qualität des Nachbarschaftsverhältnisses, die Bewertung der Geräuschart, die momentane Befindlichkeit etc.

Dementsprechend sind bei gerichtlichen Auseinandersetzungen die objektiven Phonwerte nur ein Gesichtspunkt unter vielen für die Entscheidung der Frage, ob Ruhestörung vorliegt, bzw. wie der Streit zu bewerten ist. Was im Gerichtssaal für die Anerkennung des nicht messbaren Subjektiven heute als ganz selbstverständlich gilt, sollte doch eigentlich schon lange und erst recht im Krankenhaus gelten.

Die Patienten haben mit der Zeit immer besser gelernt, dass sie als Kopf-oder Rückenschmerzpatienten viel leichter ernst genommen werden, wenn sie gleich zur ersten Konsultation mit einem Stapel von Computer- und Kernspintomogrammen erscheinen. Sie haben gelernt, dass sich Ärzte mit ihnen

viel lieber und leichter über die von ihnen angefertigten Bilder unterhalten als über verbale Schilderungen ihrer leiblichen Befindlichkeitsstörungen.

Das hier aufscheinende Menschenbild entspricht dem der „trivialen Maschine“ im Sinn Heinz von Foersters, d. h. der technischen, im Prinzip vom Menschen herstellbaren Maschine. Ausgeklammert bleibt dabei das Phänomen „Leben“, ebenso wie die Subjektivität mit allen ihren Äußerungen. Es ist aber nun einmal nicht hinreichend, den Menschen nur als eine technische, physiko-chemische Maschine zu beschreiben. Hinzu kommen muss eine Beschreibung des Menschen als ein erlebendes, je einmaliges Subjekt – als non-triviale Maschine i.S. Heinz von Foersters (Ulrich, 1997a).

Damit liegt auf der Hand, dass die Verabsolutierung des somatologischen bzw. physikalistisch-materialistischen Aspekts ihre Schattenseiten haben muss.

Unsere das Subjekt ausklammernde „Schulmedizin“ wird überall dort Meriten einfahren und Triumphe auskosten, wo es um die **Reparatur** der trivialen Maschine Mensch geht. Diese Art von Medizin wird auch als Hochleistungsmedizin bezeichnet. Ganz unpassend erschiene dieser Begriff, wollte man ihn auf eine Medizin anwenden, die sich unter allerhöchstem Leistungseinsatz um eine Optimierung der Behandlung chronisch Kranker bemüht. Dementsprechend wird die öffentliche Reputation der Medizin nahezu ausschließlich von der im Zentrum des publizistischen Interesses stehenden Reparaturmedizin bestimmt. De facto haben sich, um ein Apercu des Thure von Uexkülls aufzugreifen, zwei Arten von Medizin herausgebildet, nämlich *eine Medizin für kranke Körper ohne Seelen* und *eine Medizin für kranke Seelen ohne Körper* (v.Uexküll & Wesiack, 1988). Da letztere dazu neigt, die Bedeutung der physikalische Messdaten generierenden naturwissenschaftlichen Hilfsfächer eher gering zu schätzen, ist sie von einem Rückfall in vorwissenschaftliche Irrationalität bzw. Esoterik bedroht. Einerseits existieren diese beiden Arten von Medizin unverbunden nebeneinander her. Andererseits sind sie aber auch in gewisser Weise aufeinander angewiesen. Immer dann, wenn es nach Ausschluss



eines messend zu erfassenden Funktionsdefekts nichts zu reparieren gibt, der Patient aber aufgrund eines hohen Leidensdrucks dennoch Hilfe beansprucht, wird er als eigentlich Gesunder oder als „*kranker Gesunder*“ zum Arzt für kranke Seelen, der auch Psychologe sein darf, geschickt. Andererseits mag es aber auch sein, dass im Rahmen einer Routineuntersuchung ein als pathologisch zu interpretierender Befund erhoben wird und zwar, ohne dass diesem Befund ein Krankheitsgefühl zuzuordnen wäre. Hier wird in der Regel der Reparaturmediziner allein über Wohl und Wehe entscheiden. Wenn es sich nicht gerade um ein im kurablen Stadium entdecktes Malignom handelt, hat der Reparaturmediziner mit einem solchen „kranken Gesunden“ ein echtes Problem. Ist er in therapeutischer Hinsicht besonders handlungsfreudig, dann wird er sich vermutlich häufiger als notwendig für dasjenige entscheiden, was er gelernt hat, nämlich zu reparieren. Unangebrachte Reparaturbemühungen machen aber oft genug aus „kranken Gesunden“ wirklich Kranke.

Spätestens an dieser Stelle muss die Frage erlaubt sein, ob unsere doppelgleisig angelegte Medizin tatsächlich die beste aller möglichen ist, wie Standesvertreter immer wieder glauben machen wollen, besonders wenn es um die Finanzierungsfrage geht.

Vor dem eingangs skizzierten historischen Hintergrund erscheint mir die heute praktizierte duale Medizin eher als eine Übergangsphase, die es möglichst rasch zu überwinden gilt. Dazu bedarf es im Grunde keiner dramatischen Umwälzungen und gesundheitspolitischer Enqueten, keiner alles von Grund auf in Frage stellenden neuen „Theorie der Medizin“. Es würde vollkommen ausreichen, wenn Ärzte wieder lernen würden, auch auf das zu hören, was Ihnen ihre Patienten gerne sagen möchten, sich aber immer weniger zu sagen getrauen! Allgemeiner und abstrakter gesagt: Die *objektive Wahrheit* in Form der durch physikalisches Messen gewonnenen Befunde bedarf stets der Gegenüberstellung und Komplettierung durch die *subjektive Wahrheit* des Patienten, die sich in seinem mehr oder weniger gut kommunizierbaren Krankheitserleben ausdrückt.

Erlauben sie mir diese Forderung durch ein fiktives Fallbeispiel zu illustrieren. Anlässlich einer Routineuntersuchung stellt der Arzt bei einem 60 jährigen beschwerdefreien Mann einen die Grenzwerte deutlich überschreitenden Bluthochdruck fest. Fest auf dem sicheren Boden der EBM stehend teilt er dem Patienten die medikamentöse Behandlungsbedürftigkeit mit und verordnet Antihypertensiva. Mit einem solchen objektiv zutage liegende Einzelbefund darf sich der Arzt jedoch nicht zufrieden geben. Wie sicher war denn die Diagnose der „Essentiellen arteriellen Hypertonie“ eigentlich? So wäre es doch beispielsweise durchaus denkbar, dass der erhöhte Messwert Ausdruck einer überdauernden, situationsgebundenen physiologischen Reaktion war, musste er doch im Wartezimmer mit anwachsender Verärgerung beobachten, dass nach ihm eingetroffene, mutmaßliche Privatzahler vorgezogen wurden. Somit wäre die antihypertensive Therapie absolut kontraindiziert; ein Kunstfehler, der über eine hypotone Kreislaufdysregulation beim morgendlichen Aufstehen und einer daraus resultierenden zerebralen Minderdurchblutung zu fatalen Konsequenzen führen kann. Der zur Vermeidung solcher Pannen bewährten und auch allgemein anerkannten Forderung, dass ein auch bei mehrmaliger Messung den Normbereich überschreitender Wert für sich allein genommen niemals die Einleitung einer differenten Therapie rechtfertigt, kann aber nur dann entsprochen werden, wenn auch der Patient zu Wort kommt (Ulrich, 1997b). In unserem Beispiel hätte der Arzt schon von sich aus den situativen Aspekt als das nicht messend Objektivierbare berücksichtigen müssen, wozu ihm möglicherweise die Zeit fehlte. Zeitmangel des Arztes wird auch verhindern, dass jene Patienten identifiziert werden, die sich nur mit einem grenzwertig erhöhten Blutdruck gesund fühlen und auf Beta-Blocker mit erheblichen depressiven Einbrüchen reagieren. Bei Anderen wird medikamentös eine erektile Impotenz mit allen Auswirkungen auf Selbstwertgefühl und Partnerschaft erzeugt. Man kann davon ausgehen, dass viele diagnostische und therapeutische Maßnahmen völlig andere wären, wenn der subjektive Faktor

nicht nur zugelassen sondern gezielt in alle Entscheidungen einbezogen würde. Natürlich ist es nicht einfach damit getan, dass sich der Arzt für jeden Patienten 5 Minuten mehr Zeit nimmt und einfach nur zuhört. Was letztlich vom Arzt zu fordern ist, besteht in einer In-Beziehung-Setzung der objektiven Messwahrheit und der möglicherweise dazu sogar im Widerspruch stehenden subjektiven Patientenwahrheit vor dem Hintergrund des aktuell verfügbaren Forschungswissens. Denn nur so kann er zu einer nach bestem Wissen und Gewissen vertretbaren Entscheidung kommen. Eben dieses Abwägen unter Einbeziehung aller verfügbaren Informationsquellen macht die Erfahrung des Arztes aus, das was Sackett (1996) als unverzichtbare „Internal evidence“ der „External evidence“, wie sie der wissenschaftlichen Literatur zu entnehmen ist, an die Seite stellt. Ärztliche Erfahrung bedeutet in erster Linie Prioritäten setzen zu können. Den Anfänger erkennt man daran, dass er sich gerade beim Setzen von Prioritäten unsicher fühlt und folglich dem bereits kritisierten Screening-Prinzip zuneigt.

Während die diagnostische Priorität engmaschiger Blutzuckerbestimmungen beim insulinpflichtigen Diabetiker von niemandem ernstlich bestritten werden dürfte, sind der Orthopäde, der Rückenschmerzen ohne röntgenologisches Korrelat nicht weiter ernst nimmt, oder der Neurologe, der bei Kopfschmerzpatienten prinzipiell erst einmal ein Kernspintomogramm anfordert, schon kritischer zu sehen. Eine absolute Fehlbesetzung stellen jene immer zahlreicher werdenden, von der Pharmaindustrie hofierten Psychiater dar, die ihre Patienten vorwiegend oder ausschließlich durch die Brille eines gestörten Neurochemismus betrachten und dabei die Schaffung einer u.a. für die Einnahmezuvverlässigkeit unverzichtbaren Vertrauensbeziehung für zweitrangig halten. So bekannte erst kürzlich der Direktor eines renommierten Max-Planck-Instituts für Psychiatrie in einem Zeitungsinterview (Franz, 2005) mit erschlagender Offenheit, dass er sicher ein besserer Chemiker als Psychiater sei. Man darf davon ausgehen, dass es sich hierbei keineswegs um einen Ausbruch

von notwendiger Selbstkritik handelte sondern ganz im Gegenteil, um eine Belehrung jener Rückständigen, für die der Psychiater noch ein Arzt und die Psychiatrie ein eigenständiges Fach im Verbund der anderen medizinischen Fächer ist.

Besteht eine realistische Chance, die bestehende Polarisierung, die auch institutionell tief verwurzelt ist zu überwinden?

Meinen Optimismus, dass der derzeit noch unvermittelbar scheinende Gegensatz letztlich doch in einer Synthese aufgehoben werden kann, stütze ich weniger auf die Einsichtsfähigkeit der unmittelbar Betroffenen, d.h. der Ärzte, Gesundheitspolitiker und der Patienten. Realistischer erscheint es mir auf die Sachzwänge und die dahinter stehende Dynamik, die in Ermangelung stabilisierender Rückkopplungsmechanismen nur eine Richtung kennt, zu setzen. Aufgrund des bisherigen Entwicklungstrends und der zu erwartenden soziodemographischen Veränderungen lässt sich relativ zuverlässig prognostizieren, wann die „beste aller möglichen Medizin“ (um die uns das Ausland angeblich so beneidet) nicht mehr bezahlbar sein wird. Ich denke dabei an das stetige Anwachsen des Anteils von „kranken Gesunden“, auch als „psychosomatische“ Patienten bezeichnet, in unseren Arztpraxen. Ich denke ferner daran, dass sich aus purer Eigensucht immer weniger Menschen an das Prinzip des „sozialverträglichen Frühablebens“ (Vilmar, 1998) halten wollen und überdies als Alzheimer –Patienten immer mehr abhaben wollen von dem durch die noch Gesunden erwirtschafteten Mehrwert. Damit in Zusammenhang steht nicht zuletzt auch eine hierzulande noch sehr entwicklungsbedürftige flächendeckende Palliativmedizin.

Die von unseren Gesundheitpolitikern bisher vermiedenen klaren Entscheidungen über eine gezielte Umverteilung der zur Verfügung stehenden Mittel sind auf längere Sicht unvermeidbar.

So bewundernswert die Leistungen der reparierenden Hochleistungsmedizin, der Transplantationsmedizin und der noch im Entwicklungsstadium befindlichen elektronischen Endoprothetik auch immer sein mögen, für eine humane ärztliche Versorgung der Bevölkerung in ihrer ganzen Breite spielen sie eine immer geringere Rolle.

Die Diskussion darüber in die erforderlichen Bahnen zu lenken wäre in erster Linie Aufgabe der Politik. Darauf zu hoffen ist indes mehr als naiv.

Gelänge es, die breite Öffentlichkeit über die tatsächlich bereits erreichte Dramatik zu sensibilisieren, würde die anstehende Umorientierung vermutlich beschleunigt. Eine wichtige Aufgabe kommt hierbei einem verantwortungsvollen Medizinjournalismus zu, der sich deutlich vom derzeit noch die öffentliche Meinung beherrschenden Medizin-Infotainment abzuheben hätte. Schließlich sind hier auch noch die professionellen Medizinethiker in der Pflicht. Es gibt – weiß Gott - vordringlichere Fragen zu diskutieren, als die nach Stammzelllinien für Herrn Prof. Brüstle.

Das derzeitige Gesundheitssystem ist ein Fass ohne Boden. Je mehr hineinfließt, desto nachteiliger für das Gemeinwohl. Dies ins allgemeine öffentliche Bewusstsein zu heben, wurde durch fleißige Lobbyarbeit der Profiteure bisher erfolgreich verhindert und dies ist auch der Grund dafür, dass in der Vergangenheit nicht zuwenig Geld in dieses Fass geflossen ist sondern viel zu viel (Ulrich, 1997b).

## Literatur

Bock, Th. et al.

„Nur ein Scheinproblem“. Zu den erkenntnistheoretischen Prämissen der Naturwissenschaften.  
[http://www.gehirnundgeist.de/gehirn\\_geist/scheinproblem.doc](http://www.gehirnundgeist.de/gehirn_geist/scheinproblem.doc)

Dilthey, W.

Ideen über eine beschreibende und zergliedernde Psychologie. Sitzungsber. der Preuß. Akad d. Wissensch., Berlin 1894

Elger, Ch. et al.

Das Manifest. Elf führende Neurowissenschaftler über Gegenwart und Zukunft der Hirnforschung.

[http://www.gehirnundgeist.de/blatt/det\\_gg\\_manifest](http://www.gehirnundgeist.de/blatt/det_gg_manifest)

Fleck, L. (1935)  
Entstehung und Entwicklung einer wissenschaftlichen Tatsache.  
Suhrkamp, Frankfurt a.M. 1994

Franz, A.  
Chemie für die Seele.  
<http://www.zeit.de/2005/41P-Holsboer?page=all>

Hartmann, H.  
Die Grundlagen der Psychoanalyse.  
Thieme, Leipzig 1927

James, W.  
Principles of Psychology.  
Holt. New York 1890

Jaspers, K. (1913)  
Allgemeine Psychopathologie.  
Springer. Berlin etc. 1965

Naunyn, B.  
Moderne Kliniken und Krankenhäuser. Rede zur Einweihung des Neubaus der medizinischen Klinik  
in Straßburg (9. Feb. 1902)  
G. Fischer, Jena 1902

Sackett, D.L.  
Evidence-based medicine: What is it and what isn't.  
Brit. Med. J. 312(1996) 71-72

v. Uexküll, Th., Wesiack, W.  
Theorie der Humanmedizin. Grundlagen ärztlichen Denkens und Handelns.  
Urban & Schwarzenberg, München 1988

Ulrich, G.  
Videoanalyse depressiver Verhaltensaspekte.  
Enke, Stuttgart 1981

Ulrich, G.  
Biomedizin – die folgenschweren Wandlungen des Biologiebegriffs.  
Schattauer, Stuttgart etc. 1997a

Ulrich, G.  
Information-Kommunikation. Informiertheit und die Qualität der Arzt-Patienten-Beziehung.  
Z. Allg.Med. 73 (1997b) 433-36; nach einem Vortrag auf dem 22. Symposium „Allgemeinmedizin  
und Hochschule“ am 3. 11. 1996 in München

Ulrich, G.  
Das epistemologische Problem in den Lebens- und Neurowissenschaften. Voraussetzungen einer  
integralen Anthropologie.  
Wissenschaftler und Verantwortung (im Druck); nach einem Vortrag bei der Tagung der Katholischen  
Akademie Hamburg zum Thema „Gehirn und Geist“ am 14./15. 10. 2005

Vilmar, C.

Wortschöpfung des Vorsitzenden der Bundesärztekammer in einem Radiointerview mit dem NDR im Jahre 1998

Virchow, R.

Über das Bedürfnis und die Richtigkeit einer Medizin vom mechanischen Standpunkt.

Arch. Path. Anat. 188 (1907) 7

Wunderlich, C.A.

Das Verhalten der Eigenwärme in Krankheiten.

Leipzig, 1868