

# **Auf dem Weg zu einem neuen wissenschaftlichen Selbstverständnis der Humanmedizin**

**Gerald Ulrich**

(unveröffentlichtes Manuskript, 2004)

In einer Schrift aus dem Jahre 1797 mit dem Titel „Der Streit der Fakultäten“ unterschied I. Kant innerhalb des Kanons der universitären Fächer solche, die primär dem Wohle der Menschen dienen - die drei „oberen“ Fakultäten - von der Philosophie, die ausschließlich im Dienste der Wahrheitssuche stehe - als die „untere“ Fakultät (im Sinne von grundlegend).

Die „oberen“ Fakultäten waren für ihn die Medizin, die Theologie und die Jurisprudenz als dem leiblichen, dem seelischen und dem sozialen Wohle dienend.

Zur unteren Fakultät rechnete er neben der Philosophie im engeren Sinne die Gesamtheit aller Naturwissenschaften. Die „untere“ Fakultät habe die Aufgabe, den drei „oberen Fakultäten“ beratend zur Seite zu stehen.

Diese Gegenüberstellung nach der Zielsetzung begründet allein noch keine Spaltung in zwei zueinander in einem Gegensatz stehende „Denkkulturen“ (sensu Snow). Dies geschah erst mit der Behauptung eines angeblich vom Gegenstand her erzwungenen Methodendualismus (Dilthey, Windelband, Jaspers).

Es wäre voreilig, die Kantische Unterscheidung als überholt abzutun, bietet sie doch gerade in der aktuellen Diskussion um die Stellung der Medizin eine wertvolle Orientierungshilfe. Der heutige Leser vermisst in der Kantischen Auflistung „Biologie“ und „Psychologie“ bzw. „Soziologie“, was zum einen daran liegen dürfte, dass es diese Fächer als eigenständige wissenschaftliche Disziplinen seinerzeit noch nicht gab. Zum anderen aber hätten sich Biologie und Psychologie/Soziologie der Kantischen Gegenüberstellung auch gar nicht gefügt. Sie lassen sich nämlich sowohl als „niedere“ wie auch „obere“ Fakultäten kennzeichnen. Als „niedere“, weil auch sie nach naturgesetzlicher Wahrheit streben, als „obere“, weil sie als Hilfswissenschaften der Medizin dem Wohle der Menschen dienen. Kants Schrift kann heute als Ausgangspunkt herangezogen werden, wenn wir uns aus geschichtlicher Perspektive mit den in den vergangenen 200 Jahren stattgehabten Umordnungen und Veränderungen befassen. Von speziellem Interesse ist hier für uns die Stellung der Medizin im universitären Wissenschaftsbetrieb.

Als Diskussionsgrundlage hierfür mögen die nachfolgenden 8 Thesen dienen:

1. Die Medizin ist keine exakte Naturwissenschaft, für die allein die Galileische Methodik der exakten Induktion und der korrekten Deduktion verbindlich wäre. Bei der Tätigkeit des Arztes geht es nicht um kontextunabhängige Wahrheit von Gesetzescharakter. Die Medizin ist allein dem Wohle der Menschen verpflichtet. Ein Organismus als ein **lebendiges** Beobachtungsobjekt ist nicht als „reiner Fall“ darzustellen, wie es die Galileische Methode der exakten Induktion erfordern würde. Alle dahingehenden Bemühungen deformieren bzw. destruieren das Lebewesen. Folglich können wir auf Fragen an die **belebte** Natur (Biologie) im Unterschied zu Fragen an die **unbelebte** Natur (Physik) prinzipiell keine **sicheren** Antworten erwarten, wenn wir unter „sicher“ einen linearen, mathematisch umkehrbar-eindeutigen Kausalnexus verstehen. Dennoch ist es die Aufgabe der Biologie - wie jeder anderen Wissenschaft (per definitionem) auch - Aussagen von intersubjektiv verbindlichem Gesetzescharakter zu formulieren. Pars pro toto seien hier nur die Darwinschen Prinzipien von Mutation und Selektion genannt. Anders als bei den exakten Naturwissenschaften kommt die Biologie jedoch dabei nicht mit der Galileischen Methode, dem Experimentum crucis zum Ziel. Maßgeblich ist hier vielmehr das Aristotelische Prinzip. Es gilt, aus der Mannigfaltigkeit der Beobachtungsdaten das verbindende Gemeinsame zu extrahieren. Man kann dies auch als das Prinzip der Invariantenextraktion bezeichnen. Zur Invariantenextraktion benötigt man die idiographische Methodik (Kasuistik). Um ein gewisses Maß an intersubjektiver Verbindlichkeit herzustellen ist dabei die Methodik der Probabilistik (Wahrscheinlichkeitsrechnung) von großem Nutzen. Es gilt: Idiographik ohne probabilistische Absicherung mag zwar dem Einzelfall Genüge tun, führt jedoch zu keinem darüber hinaus reichenden Erkenntniszuwachs. Die immer noch verbreitete Annahme, dass die Probabilistik ohne erfahrungsbedingte Erwartungen, ohne Theorie oder Idiographik auskommen könne, weil die Rechenverfahren selbst hypothesengenerierend seien, ist naiv. Daran ändert auch eine „hohe statistische Signifikanz“ nichts. Eine solche ist vielmehr bei fehlender Arbeitshypothese immer als Artefakt der jeweiligen mathematischen Datenbehandlung zu interpretieren. Es dürfte nicht von ungefähr kommen, dass ein großer Anteil der Ergebnisse biologischer Forschung nicht reproduzierbar ist!
2. Ärztliches Handeln folgt nicht der Aristotelischen Logik des entweder „wahr“ oder „falsch“ (Satz vom verbotenen Widerspruch bzw. Satz vom ausgeschlossenen Dritten). Vielmehr geht es dabei um kontextabhängige Zweckmäßigkeitentscheidungen. Ethische Maxime ist allein das Wohl des Kranken.
3. Daraus folgt, dass es eine „Theorie der Medizin“, i. S. einer ordnungsstiftenden und handlungsanleitenden Gesamtschau nicht geben

kann. Es kann und darf nicht das Bestreben der Medizin sein, zu einer exakten Naturwissenschaft zu werden. Diese Einsicht ist zwar unbestreitbar, gleichwohl aber unpopulär, weil sie dem „szientistischen Selbstmissverständnis der Medizin“ zuwiderläuft.

4. Es ist zumindest missverständlich, wenn man die exakten Naturwissenschaften als die Grundlagenwissenschaften der Medizin bezeichnet. Es versteht sich von selbst, dass es für den Arzt kein anderes Fundament geben kann als die Amalgamierung des „Naturnotwendigen“ (Naturgesetzlichen) und des „Denknotwendigen“ (Logik). Nach verbreitetem Selbstverständnis der allen Fortschritt für sich allein reklamierenden modernen „Biomedizin“, wird ein solches Fundament allein durch die „exakten Naturwissenschaften“ wie Physik und Chemie repräsentiert. Durch eine derartige Reduktion degeneriert die Medizin aber zu einer Physik, bzw. Chemie lebendigen (oder lebendig gewesenen) Gewebes. Natur – und denknotwendig für die Humanmedizin sind aber auch Erkenntnisse, die uns Fächer wie Psychologie und Soziologie liefern. Um sich die Gleichrangigkeit der Fundamente stets präsent zu halten, sollte man künftig besser nicht mehr von Grundlagen- sondern von Hilfswissenschaften der Medizin sprechen.
5. Zur Abwehr der die Medizin ständig bedrohenden Vereinseitigung, bald mehr in Richtung von Objektivismus/Szientismus, bald mehr in Richtung von Subjektivismus/Relativismus, ist in Ermangelung eines konsensfähigen integrierenden Rahmenkonzepts eine möglichst klare Positionsbestimmung erforderlich. Die seit vielen Jahren allenthalben gebetsmühlenartig zu vernehmenden Bekenntnisse zum „Bio-Psycho-Sozialen“-Modell sind in dieser Hinsicht nicht nur nichtssagend sondern eher kontraproduktiv. Wenn schon „Modell“, dann kann es in einer Humanmedizin, die diese Bezeichnung auch verdient, überhaupt nur ein „**Biologisches Modell**“ geben. Dieses, alle nur denkbaren Einzelperspektiven umfassende Modell, ist dem ingenieurwissenschaftlichen Modell der vom Menschen konstruierbaren Maschinen gegenüberzustellen. Mit der Propagierung des „**Biologischen Modells**“ soll versucht werden, eine Fehlentwicklung der Medizin zu korrigieren, die zur praktizierten Unterscheidung einer „Medizin für seelenlose Körper und einer „Medizin für körperlose Seelen“ (Th. v. Uexküll) geführt hat.
6. Zum „Savoir faire“ des Arztes gehört :
  - a) Die Fähigkeit, eine möglichst unmittelbare und vertrauensvolle Beziehung zum Patienten herzustellen:

*„Die Begegnung mit dem Kranken beginne in der ungezwungensten Weise mit dem sparsamsten Fragen nach Begehren und Beschwerden ..... die Krankheit soll dem Arzt so erscheinen wie sie dem Kranken selbst*

*erscheint, nicht wie sie nach bekannten klinischen Bildern und Gesetzen der Pathologie vermutlich ist“ (V. v. Weizsäcker).*

Mit der die Erstbegegnung prägenden „**Anamnesekultur**“ steht es heute aus verschiedenen Gründen nicht zum besten. Gerade so wie ein medizinischer Fachvortrag heute meist ganz unvermittelt mit der Verdunklung des Raums und dem Einschalten des Projektionsgeräts (Power-Point Beamer) beginnt, geht es beim Erstkontakt in der Sprechstunde meist gleich um etwaige Konsequenzen aus bereits vorliegenden Befunden. Die sicherlich besonders zeitintensive und damit aus der praxisökonomischen Perspektive zum Luxus geratene ausführliche Anamneseerhebung ist in den Hintergrund getreten. Dies gilt genauso für die elementare körperliche Untersuchung.

- b) Die Fähigkeit, unter Einbeziehung aller verfügbaren Hilfsmittel die problemrelevanten Informationen zusammenzutragen und in einen plausiblen und rational nachvollziehbaren Bewandtniszusammenhang zu bringen (informare = in Form bringen; Herstellung von Indizienketten, sog. narrativer Sequenzen). Dabei wird man stets zu beachten haben, dass Symptome grundsätzlich mehrdeutig sind. Oft haben sie den Charakter von gestörten Leistungen. Da Leistungen anders als Funktionen (bzw. Funktionsstörungen) nicht einfach einem bestimmten Substrat zuzuordnen sind, wird man hier ohne die Einbeziehung umfassender kontextueller Information auf verlorenem Posten stehen. Hier geht es um das, was man auch als die „**Denkkultur**“ in der Medizin bezeichnet hat. Ein „denkender“ Arzt macht sich aufgrund der ihm unmittelbar zugänglichen Informationen (Anamnese, körperliche Untersuchung) ein eigenes Bild **bevor** er eine bildgebende Diagnostik durch Andere veranlasst. Erst das Licht anzünden und dann suchen, auf die Reihenfolge kommt es an. Es sollte sich dabei von selbst verstehen, dass es unsinnig ist, den auf dem nächtlichen Nachhauseweg verlorenen Schlüssel unter der Straßenlaterne (MRT!) zu suchen, nur weil es dort so schön hell ist!
  - c) Die Fähigkeit, Entscheidungen vor dem Hintergrund einer prinzipiell unsicheren Informationslage zu treffen (Problem des Indizienbeweises, „Induktionsproblem“, „inverse Probleme“).
  - d) Eine durch Übung zu erwerbende und nach Möglichkeit stetig weiter zu verbessernde handwerkliche Geschicklichkeit.
7. Die genannten Fähigkeiten und Fertigkeiten konstituieren die „ärztliche Erfahrung“.
- Bedauerlicherweise wird heute „ärztliche Erfahrung“ i. W. mit altbacken,

konservativ-rückständig, dogmatisch-paternalistisch, ja auch irrational und esoterisch gleichgesetzt. Dies mag damit zu tun haben, dass „Erfahrung“ nicht operational definierbar und damit auch nicht als Software programmierbar ist.

Was aber nicht algorithmisch darstellbar ist, das gilt heute nicht als wissenschaftliches Faktum. Somit kann es für all Jene, die ihr Denken vollständig an die Informationstechnologie delegiert haben, das mit dem Begriff „Erfahrung“ Bezeichnete auch gar nicht wirklich geben. „Ärztliche Erfahrung“ droht immer mehr zur belächelten medizinhistorischen Metapher zu werden. In der neuen Diktion der sog. Evidenz-basierten Medizin erscheint die ärztliche Erfahrung als „interne Evidenz“ und zwar in Gegenüberstellung zur „externen Evidenz“, wie sie aus klinischen Studien gewonnen wird. Verschiedentlich wurde zwar betont, dass der „internen Evidenz“ eine entscheidende Rolle bei der Auswahl der operationalisiert aufbereiteten „externen Evidenz“ zukomme. Nach welchen Kriterien diese Auswahl aber erfolgen soll, darüber erfahren wir nichts. Dies kann natürlich auch gar nicht anders sein, weil die ärztliche Erfahrung, auf die es letztlich immer ankommt, als solche nicht aussagbar und eben nicht operationalisierbar ist.

Damit aber sieht sich der Unerfahrene einer stetig anwachsenden Flut methodisch einwandfreier Daten gegenüber, jede so gut wie alle anderen. Durch das Unvermögen auszuwählen, was davon für einen konkreten Fall das Richtige ist und was nicht, gerät der auf EBM Eingeschworene zwangsläufig in eine Zauberlehrlingssituation. Dies ist nicht nur in volkswirtschaftlicher und edukativer Hinsicht verhängnisvoll. Am verheerendsten dürfte sein, dass eine Medizin, die um einer objektivierend-abstrakten Rationalität willen danach strebt, den ärztlichen Entscheidungsspielraum immer mehr einzuengen und in diesem Bestreben sich um eine Ausblendung der „subjektiven Wirklichkeit“ des Patienten bemüht (d. h. die von der ärztlichen oft abweichende Einschätzung seiner Bedürfnisse), die ärztliche Ethik gleich mit abschafft!

„Ärztliche Erfahrung“ ist, wie gesagt, nicht direkt lehr- bzw. lernbar. Sie kann aber sehr wohl „abfärben“ und zwar in gemeinsamer Arbeit vom Erfahrenen auf den Unerfahrenen. Entscheidend dafür dürften die unbewussten Wahrnehmungen sein – die „unmercklichen Perzeptionen“, auf deren Bedeutung Leibniz schon vor über 300 Jahren hingewiesen hat.

8. Mehr denn je leidet die klinische Medizin heute unter der Tyrannei verordneter operationalisierter Klassifizierungen, für die nicht zuletzt auch versicherungsrechtliche Begründungen gegeben werden. Besonders dort, wo der psychische Aspekt gegenüber dem somatischen stärker zu gewichten ist, muß ein derartiger Klassifizierungszwang negative Auswirkungen haben und zwar sowohl auf den wissenschaftlichen Erkenntnisgewinn wie auch auf das ärztliche Handeln. Neben dem Zwang,

alle Patienten, bzw. alle Arten von Beschwerden und Befunden mittels operationalisierter Nominaldefinitionen zu klassifizieren, ist der Arzt noch mit einer zweiten Hauptschwierigkeit konfrontiert : Der sog. methodische „Goldstandard“ der primär gruppenstatistischen, randomisiert-plazebokontrollierten doppelt-blinden Versuchsanordnung ist sicherlich die *Via regia* für eine rationale Therapieforschung, etwa den Vergleich zwischen einer herkömmlichen und einer neuen Therapie. Darüberhinaus erscheint dieses Methodenideal jedoch von zweifelhaftem Nutzen. Die schon seit längerem immer wieder – folgenlos – geforderte methodische Alternative ist die der statistischen Einzelfallanalyse. Diese beginnt mit akribischer Datenerhebung beim individuellen Patienten, sowohl den Querschnitt wie vor allem auch den Längsschnitt betreffend. Ziel ist die spätere Abgrenzung von pathobiologisch einheitlichen Untergruppen, wofür natürlich eine ausreichend große empirische Induktionsbasis vorauszusetzen ist.