Vortrag am Symposium Medizin und Ethik. Davos, Februar 1998

Paracelsus – Eine Kritik der Ethik?

Johannes G. Schmidt

Zusammenfassung:
Für fast jede „Ethik“ lässt sich ein Paracelsus-Zitat finden aus jener Umbruchszeit vor 500 Jahren, die sich mit nicht mehr gültigen und noch nicht gültigen Wahrheiten zwischen alt und neu befand. Für Paracelsus war alles Gift und Heilmittel, auf die Dosis kam es an: eine querdenkerische Revolution, die erkannte, dass alles bisherige richtig und falsch sein kann, es kommt auf den Zusammenhang an. Die in vielem sehr gleiche Entwicklung bezeichnen geradlinig strukturierte Menschen heute als postmoderne Beliebigkeit, die Wanderer zwischen den Welten sprechen ahnungsvoll von Vernetzung, und viele haben keine Ahnung, was passiert. Was Paracelsus auch damals leistete, war ein „Critical Appraisal“, die Grundlage von „Evidence-Based Medicine“, wie wir es heute nennen, die revolutionäre Entdeckung, dass hergebrachte Theorien im Lichte der externen Validität richtig oder falsch sein können, je nach Patientensituation oder „Dosis“. Um dies zu durchschauen, brauchte ein Arzt nach der damaligen Wortwahl von Paracelsus die „Liebe“; wir könnten auch sagen die Achtsamkeit, die Denkfaulheit und angelernte Trugschlüsse überwinden hilft (so wie man im *Zen* sagt: Sei nie nachlässig!).
Diese Achtsamkeit für den genauen Moment, welche in unserer panischen Moderne die Ziele des ärztlichen Helfens beschützen könnte, kann durch eine niedergeschriebene globale ärztliche Ethik vielleicht unterstützt, aber nicht gewährleistet werden. Es soll am Brustkrebs beispielhaft gezeigt werden, dass das heutige ärztliche Wissen oft nicht genauer wissenschaftlichen Beobachtung entspricht, sondern vielmehr gesellschaftlich-kulturellen Mustern der Teufels-Ausgrenzung folgt, die so den Patienten oft mehr Leid als Hilfe bringen. Auch die Ethik unterliegt angesichts vorherrschender Denk-Strickmuster der Tendenz, sich einer „politischen Korrektheit“ anzupassen und böses Handeln zu verteufeln, das vielleicht gar nicht immer böse ist. Der Arzt hat die Aufgabe, wissenschaftliche Trugschlüsse des herkömmlichen medizinischen Denkens zu erkennen und den Patienten nicht zu schaden. Ohne Kenntnisnahme dieser im Prinzip bereits etablierten und methodisch sehr weit formulierten, neuen wissenschaftlichen Aufklärung sind medizin-ethische Diskussionen oft an überholten Fragen orientiert, mit Kenntnisnahme dieser wissenschaftlichen Aufklärung sind die sich stellenden Fragen oft mehr „politisch“ als „ethisch“. So mutet der heute unbekannte Eid des Paracelsus als eine Aufzählung von Banalitäten an: dass der Arzt seinen Verstand brauchen, falsche Arzneien ablehnen, nur verdientes Geld annehmen und keinem Apotheker (sprich Medikamentenanbieter) trauen soll. Für die sophistisch verirrte Medizin seiner Zeit waren indes diese (banal) unlateinischen und in einfacher Volkssprache gehaltenen Regeln eine gültige Ermahnung.

Paracelsus wurde zu seiner Zeit nicht verstanden und von der offiziellen Medizin bekämpft. Vielleicht gelingt es aber heute, aus der Ähnlichkeit des sich auch jetzt wieder abspielenden fundamentalen Wandels in der medizinischen Wissenschaft etwas für heute zu lernen. Ich muss Ihnen gestehen: Ich bin kein Paracelsus-Kenner. Aber ich glaube dennoch Paracelsus gut zu kennen. Stellen Sie sich die scholastische Medizin des ausgehenden Mitelalters vor, gegen die Paracelsus in seiner, wie man berichtet, polemischen und zuweilen unversöhnlichen Art angetreten war [1]. Paracelsus hat sich meines Wissens nie eigentlich über Ethik geäussert, er war viel zu sehr mit dem scholastisch angepassten Denken der Ärzte seiner Zeit beschäftigt, dem er Querdenken und kritisches Hinterfragen entgegensetzte, ahnend oder sogar wissend, dass die Zeit der alten Denkmuster abgelaufen war. Man könnte durchaus mit dem Denker Bertold Brecht in die Lage von Paracelsus hineinsteigen, wenn er etwas bitter sagt: „Das Gegenteil von *gut* ist nicht *böse*, sondern *gut gemeint*“. Ist das *Gut Meinen* nun ethisch oder nicht? Ist eine ehrliche, gut gemeinte Medizin nun ethisch oder nicht?

Man könnte diese Frage leicht als Zynismus missverstehen, aber Sie wissen wahrscheinlich, dass wir mit Paracelsus keinen Zyniker vor uns haben und das Thema ein anderes ist. Paracelsus hatte den Mut, seinen Beobachtungen mehr zu trauen als dem angelernten scholastischen Wissen, welches sich in brillianten lateinischen Disputationen gefiel, die sich immer weniger um die Kranken und deren Leiden kümmerte. Wir sollten das nicht falsch sehen: Wer etwa die Praxis des *Zen* kennt, versteht, dass die Disputation eine durchaus nützliche Erkenntnis-Methode sein kann, und die Disziplin des Latein kann unter Umständen die Wirksamkeit der Methode im Gewinnen von Einsichten noch erhöhen. Die Wissenschaftler des Mittelalters waren nicht dümmer als wir, aber die scholastischen Disziplinen dienten immer mehr den Institutionen als dem Erkenntnisgewinn und den Menschen - wie auch die Medizin heute. Das Wechselspiel zwischen Erkenntnis, Macht und Denkfaulheit oder Unachtsamkeit hat ihren Zyklus, so wie etwa die Abfolge der Jahreszeiten. Erst wenn hergebrachte Denkmuster die Phänomene von menschlichem Kranksein immer weniger fassen können, verlieren sie ihre Leistungskraft und Macht; wir reden heute vom Preis-Leistungs-Verhältnis und spüren, dass das Preis-Leistungs-Verhältnis der Medizin nicht mehr stimmt, und heutige Vordenker wissen zum Teil auch, wo es nicht stimmt [2]. Auch das Preis-Leistungs-Verhältnis der scholastischen Medizin stimmte nicht mehr, weil das Wissen nicht mehr errungen, sondern in lateinischen Sozialisierungs-Ritualen angelernt war.

Paracelsus indessen erkannte, dass alle Medizin Gift oder Heilmittel sein kann, auf die Dosis kommt es an - oder wie wir heute im Sprachgebrauch einer *Evidence-Based Medicine* sagen: auf die externe Validität kommt es an, auf den genauen Zusammenhang. Diese - trotz teilweise klaren Stellungnahmen - Differenziertheit von Paracelsus, bei der alles bisherige richtig und gleichzeitig auch falsch ist, führt dazu, dass sich auch heute wieder fast alle auf Paracelsus berufen können; für fast jede „Ethik“ lässt sich ein Paracelsus-Zitat finden, und Paracelsus scheint damit jene Umbruchszeit vor 500 Jahren zu verkörpern, die sich mit nicht mehr gültigen und noch nicht gültigen Wahrheiten zwischen alt und neu befand. Die in vielem sehr gleiche Entwicklung bezeichnen geradlinig strukturierte Menschen heute als postmoderne

Beliebigkeit, die Wanderer zwischen den Welten sprechen ahnungsvoll von Vernetzung, und viele haben keine Ahnung, was passiert. Wie soll da eine gültige globale ärztliche Ethik formuliert werden? Orientieren wir uns am *Gut Meinen* oder am Mut zum aufgeklärten Denken, welches auch das Risiko von Fehlern eingeht?

Das Mittelalter orientierte sich am Fegefeuer und kannte als Massnahme neben der peniblen Beichte den Ablasshandel. Die heutige Zeit orientiert sich eher an den Schreckensbildern der Autopsie, und wir kennen die frühzeitige und technisch raffinierte *in vivo*-Beschäftigung mit den sich anbahnenden pathologischen Veränderungen, und über Endoskopie, Sononographie, Radiographie oder gar der genetischen Analyse werden die sündigen Veränderungen ettiketiert (im wissenschaftlichen Sprachgebrauch heisst diese Nebenwirkung heute *Labelling*) oder es wird die Absolution erteilt. In beiden Fällen eine Theologie des Angstmachens und eine entsprechend gewinnträchtige Praxis. Ein Paracelsus von damals durchschaute das Auseinanderfallen von Theorie und Praxis, und ein Paracelsus heute wird das Gleiche tun. Was Paracelsus auch damals leistete, war ein „Critical Appraisal“, wie wir die Grundlage von *Evidence-Based Medicine* heute nennen [4], welche wie gesagt das Prinzip der externen Validität heute wieder in die Medizin einführt und erkennt, dass hergebrachte medizinische Theorien im Lichte der externen Validität richtig oder falsch sein können, je nach Patientensituation.

Und hier kommen wir kommen wir an die vermutlich zentrale Erkenntnis-Position von Paracelsus, wir könnten vielleicht sagen, an seine zentrale ethische Position. Um die relative Ungültigkeit oder gar Schädlichkeit des etablierten medizinischen *Gutmeinens* zu durchschauen, brauchte ein Arzt nach der damaligen Wortwahl von Paracelsus die „Liebe“. „Der höchste Grund der Arznei ist die Liebe“ [3], soll er geschrieben haben. Liebe ist heute aber so ein dummes Wort, dass man hier Paracelsus meilenweit missverstehen könnte. Ich glaube, dass mit Liebe „Achtsamkeit“ gemeint ist, so wie man im *Zen* sagt: Sei nie nachlässig! *Sei lieb*, bedeutet heute etwas anderes, und *Lieb Sein*, eine karitative Gesinnung zur Schau tragen, hat heute nicht die Qualität, Trugschlüsse nachlässigen Denkens zu durchschauen. Liebe bedeutet letztlich, frei sei von Wertungen, leer sein von Vorurteilen, und eine allzu ethische Gesinnung kann das Erkennen von dem, was wirklich vorliegt, stören.

Zum letztjährigen Deutschen Internistenkongress bin ich eingeladen worden, einige Gedanken *über das Handeln aufgrund rationaler Erkenntnisse* darzulegen [5], die uns in der Frage, was ethisch sein soll, vielleicht weiterhelfen. Ich hatte dazu ein onkologisches Thema gewählt, weil Krebs nicht unbeteiligt lässt und mit Angst und Emotionen verknüpft ist und oft auch der Grund ausgedehnter und wenig durchdachter Ausschluss-Diagnostik. Hier führt ein Verzicht, alles zu tun, was man kann, sehr schnell zum Vorwurf eines unethischen **Nihilismus**. Der medizinische Umgang mit Krebs entspricht indessen bei genauer Betrachtung weit mehr einem kulturellen Reflex, der seine Wurzel in der kirchlichen Ausgrenzung des Teufels hat (der ja auch Teil der Schöpfung ist), als dem Ergebnis sorgfältiger biologischer Beobachtung oder - wie wir heute sagen würden - dem Ergebnis methodisch zuverlässiger Evidenz.

Zwar ist seit jeher beobachtet worden, dass „frühe“ Krebsformen eine weit bessere Prognose aufweisen als Krebse in „fortgeschrittenem“ Stadium. Dabei wird erstens aber übersehen, dass „spätentdeckte“ Krebse nicht eigentlich spät entdeckt werden, sondern eine Variante mit einem schnellen Wachstum darstellen, welches gar keine Gelegenheit zur Entdeckung in einem histologisch frühen Stadium zulässt. „Frühentdeckte“ Krebse sind demgegenüber solche mit einem langsamen Wachstum, welches eine lange Zeit zur Entdeckung im präklinischen Stadium zulässt (aus diesem Grund werden „frühentdeckte Karzinome“ in Wirklichkeit zeitlich später entdeckt als die schnellwachsenden, sogenannten „spätentdeckten“, die schon nach kurzer Zeit klinisch nicht mehr zu übersehen sind). Die klinische Epidemiologie bezeichnet dies als *„length effect“*, oder als *„length bias“*, wenn er für falsche Schlussfolgerungen benutzt wird. Dieser *Length Bias* erklärt den Zusammenhang zwischen Stadium und Prognose natürlich nicht vollständig, zusammen mit *„Leadtime Bias“* (Diagnose-Vorverlegung) und *„Healthy Screenee Bias“* (frühe Inanspruchnahme von Diagnostik durch überdurchschnittlich Gesunde) lässt er aber erkennen, dass die präventive Wirksamkeit von Früherkennung nicht aus diesem Zusammenhang allein abgeleitet und erst in kontrollierten Studien gesichert werden kann.

Zweitens wird übersehen, dass sich die heutige Diagnose „Krebs“ von der historischen Erfahrung einer sichtbaren, unheilbaren und tödlichen Krankheit deutlich unterscheidet, weil nicht mehr dieses klinische Bild, sondern das paraklinische Ergebnis einer histologischen Untersuchung uns zur Diagnose führt. Der histologische „Krebs“ umfasst aber mehrheitlich klinisch gutartige Verläufe und hat deshalb im Durchschnitt eine weit bessere Prognose als der frühere klinische Krebs. Das recht gutartige Bild des histologischen Brustkrebses zeigt sich in Autopsie-Studien: Etwa bei einem Viertel aller Frauen zeigen sich post mortem histologisch maligne Brustdrüsenveränderungen, die aber nur bei einem Bruchteil von knapp einem Drittel als Brustkrebs vor dem Tod klinisch manifest geworden waren. Nur in einem Siebtel der Fälle mit maligner Brustdrüsenveränderung war der Brustkrebs die Todesursache, das heisst in 85% hatte die krebsige Veränderung der Brust nicht zum Tode geführt [6]. In den USA nahm die Brustkrebs-Inzidenz bei Frauen über 50 zwischen 1973 und 1988 im Gefolge der damals Mode gewordenen Früherkennung um 40% zu [7]. Auch die Inzidenz des malignen Melanoms hat sich an Orten mit Früherkennungskampagnen verdoppelt ohne nachfolgende Wirkung auf die Melanom-Mortalität [8]. Heute wird deshalb eine nicht-metastasierende, gutartige Form des Melanoms postuliert, welches nun in den Kampagnen hauptsächlich entdeckt wird [9]. Nur gerade beim Prostatakrebs ist bisher dieses Phänomen der Überdiagnose klinisch gutartiger „Krebse“ aber allgemein anerkannt worden, wenn etwa die *U.S. Preventive Services Task Force* festhält, "dass die Entdeckung der vielen Krebse mit langsamem Verlauf nur unangenehme Eingriffe und iatrogene Komplikationen ohne sicheren Nutzen nach sich zögen" [10]. Moderne Verbesserungen der (relativen) Krebs-Prognose - ohne Auswirkungen auf die (absolute) Mortalität - sind also nicht eine echte Prognose-Verbesserung, sondern das Ergebnis von „Überdiagnose“. Deshalb spricht die klinische Epidemiologie von einem *Overdiagnosis Bias*. Die Verschönerung von Stadienverteilungs-Statistiken ist eine Evidenz, die täuscht, und wird deshalb - alleine gestellt - heute von den methodischen Vordenkern schon lange als wissenschaftlich belanglos betrachtet.

Es lässt sich sehen, dass die vermeintlich wissenschaftliche Untermauerung des jahrzehntelangen Früherkennungs- und „Krebs-ja-nicht-verpassen“-Credos sehr wenig durchdacht ist und das Ergebnis nachlässigen Denkens, getrieben von unprofessionellen Ängsten statt vom Anspruch der Liebe im paracelsischen Sinne. Das gängige ethische Empfinden steht heute jedoch immer noch auf der Seite der unprofessionellen Angst-Rationalität, es braucht offenbar zu viel Mut, sich diesem Bann zu entziehen.

Weiter: Was ist Brustkrebs überhaupt für eine Erkrankung? Erst heute, in den Neunzigerjahren dieses Jahrhunderts, liegen die Ergebnisse wissenschaftlicher Untersuchungen zu dieser Frage in einer komfortablen Fülle vor [11-14]. Sie widerlegen bzw. relativieren das Bild des „Brustkrebses“ als lokalisierte Krankheit der Brust. Diese Ergebnisse können folgendermassen zusammengefasst werden:

Lokale Therapien und Brustkrebs-Mortalität	
Radikale Operation **Minimale Operation**	**-> kein Unterschied**
Lokale Bestrahlung **Keine Bestrahlung**	**-> kein Unterschied**
(Minimale) Operation **Keine Operation**	**-> nicht bekannt**

Eine Wirkung der lokalen Brustkrebs-Eradikation auf die Mortalität ist nicht vorhanden bzw. konnte bisher nicht gezeigt worden. Weder die radikale chirurgische Entfernung noch die adjuvante lokale Bestrahlung bewirken eine Verzögerung des Krebstodes, auch wenn sie Lokalrezidive vermindern. Ob der Verzicht auf eine Operation die Prognose verschlechtern würde, ist nicht bekannt. Es ist somit bis heute unsicher, ob die als obligatorisch betrachtete lokale Krebsentfernung - sagen wir über eine vielleicht sinnvolle palliative Intention hinaus - überhaupt wirksam ist. Die orthodoxe Medizin hat bisher offenbar selektiv die - meist fehlerhafte - Evidenz zusammengetragen, welche ihr Handeln unterstützt hat.

Wir müssen heute deshalb davon ausgehen, dass die Biologie des Brustkrebses weit mehr systemisch als lokal ist. Die ebenfalls erst seit den Neunzigerjahren vorliegenden Ergebnisse zeigen nämlich, dass eine systemische Therapie die Brustkrebs-Sterblichkeit reduzieren kann, wobei diese Wirkung interessanterweise weniger bei „Frühformen“, d.h. Tumoren ohne Lymphknotenbefall, als bei „späteren“ Formen mit Lymphknotenmetastasen vorhanden ist [15]. (Die weniger ausgeprägte Wirkung bei früherem Krebs könnte dadurch bedingt sein, dass der grosse Anteil mitbehandelter, klinisch eigentlich gesunder Frauen in der Gruppe ohne Lymphkontenbefall die Wirkung verwässert hat,

denn das Vorliegen von Krebsknoten ist ja mit Gesundheit vereinbar.)

Wir kennen seit wenigen Jahren aber auch die systemische Wirkung von seelischer Arbeit. Unterstützungsgruppen, in welchen neben meditativen Techniken und verstärkten sozialen Beziehungen die Auseinandersetzung mit dem Sinn der Krankheit eine Rolle spielen, haben mindestens beim fortgeschrittenen Mammakarzinom eine derartige Wirkung, dass sich die durchschnittliche Überlebenszeit verdoppelt. Die Ergebnisse einer 1989 publizierten randomisiert kontrollierten Studie zeigten eine durchschnittliche Überlebenszeit von 3 Jahren bei Krankheitsverarbeitung durch Unterstützungsgruppen, aber nur eine 18-monatigen Überlebenszeit mit üblicher onkologischer Behandlung allein [16].

Wenn wir nun diese aus kontrollierten Studien stammende Evidenz zur therapeutischen Beeinflussbarkeit des Brustkrebses in einem Modell ordnen, eignet sich der Vergleich mit anderen Krankheiten. Wie in *Tabelle 1* dargestellt, wurde Brustkrebs bisher als eine Krankheit verstanden, die durch das Krankheitsagens der Krebszelle hervorgerufen wird. Wirtsfaktoren waren kein Thema, und das medizinische Handeln war auf die Beseitigung der Krebszellen allein gerichtet (und das Resultat ist, dass sich die Sterblichkeit seit Jahrzehnten kaum verändert hat). Bei der Tuberkulose haben wir hingegen längst gelernt, dass weitgehend nur der Wirtszustand über die Krankheitsentstehung entscheidet, und der Wirtszustand ist in diesem Jahrhundert in grossem Stil verbessert worden (hauptsächlich durch Minderung materieller Armut). Wir können uns dieses Modell auch für den Brustkrebs zu eigen machen. Es könnte genauso gut sein, dass die Wirtsanfälligkeit und nicht eine unterschiedliche Aggressivität der Tumorzelle die Prognose bestimmt.

«Aggressivität» «systemischer» Krankheiten
"Aggressiveness" of "systemic" diseases

Krankheit Disease	**Agens** Agent	**Wirt** Host	**Prognose** Outcome	**Therapie** Effective therapy
Brustkrebs Breast cancer	**Krebszelle (stark variierende Aggressivität)** Cancer cell (great variation in aggressiveness)	**Anfälligkeit kein Thema, Krebs–zelle = Krankheit** Susceptibility has no consideration Cancer cell = disease	**Seit Jahrzehnten kaum verändert** No real change for decades	?
Tuberkulose Tuberculosis	**Mycobakterium (einheitliche Virulenz)** Mycobacterium (homogenous virulency)	**Anfälligkeit entscheidend Gesunde Bakterien–Träger möglich** Susceptibility decisive Healthy infected can be observed	**Stark verbessert (Minderung materieller Armut)** Dramatically improved (much less poverty)	**Haus–Sanierung Ernährung** Better housing Sufficient diet
Brustkrebs Heute Breast cancer Today	**Krebszelle (einheitliche Aggressivität?)** Cancer cell (homogenously aggressive?)	**Anfälligkeit entscheidend? Gesunde Krebs–trägerinnen möglich!** Susceptibility decisive? Healthy patients with cancer cells exist!	**Verbesserung durch Minderung der geistigen Armut?** Improvement by lessening of spiritual poverty?	**Sanierung des «inneren Hauses»? Geistige Ernährung?** Sanitation of "inner house"? Sufficient spiritual food?

Ich darf nun allerdings nicht darüber hinweggehen, dass wir seit einigen Jahren gerade beim Brustkrebs aus kontrollierten Studien ebenfalls wissen, dass eine Wirkung der Früherkennung - über die genannten statistischen Fehlüberlegungen und Trugschlüsse hinaus - durch randomisiert kontrollierte Studien empirisch gut belegt ist. Durch ein Mammographie-Screening kann die Brustkrebs-Mortalität um rund 30 Prozent gesenkt werden. Damit scheint die frühzeitige lokale Krebskontrolle eine gewisse Berechtigung zu haben, auch wenn die Wirkungsweise unklar ist. Es bestehen jedenfalls verschiedene, bisher nicht zum vornherein unterscheidbare, Gruppen von Brustkrebsen: Gutartige und weniger gutartige.

Entscheidend ist hier aber noch etwas anderes, nämlich die Beurteilung der **individuellen Nutzenserwartung** in Form der sogenannten *Number needed to treat*. Diese stellt eine entscheidendes methodisches Element in der heutigen wissenschaftlichen Nutzensbewertung dar [17]. Sie sehen in *Tabelle 2*, dass die erzielbare Mortalitätsreduktion absolut gesehen nur etwa 10 Todesfälle in 100'000 Frauenjahren ausmacht [18]. Konkret heisst das, dass eine Frau, die aus präventiven Gründen das Autofahren aufgibt, um ihr Verkehrs-Sterblichkeitsrisiko auf dasjenige einer Fussgängerin zu senken, eine etwa fünfmal höhere absolute Sterblichkeits-Reduktion erwarten kann als mit der Teilnahme an einem Mammographie-Programm. Setzt eine Frau auf die Mammographie, könnte sie mit viel Glück die eine von 1000 sein, die dank der Früherkennung in den nächsten zehn Jahren nicht an Brustkrebs stirbt. Mit 99,9% wird ihr dieses Glück hingegen nicht zuteil werden, sie wird aber mit einer Wahrscheinlichkeit von etwa 0,5-1% das Pech haben, eine unnötige Krebsdiagnose zu erhalten, die ihr ohne Screening erspart geblieben wäre, oder in 15% das Pech, mit einem Krebsverdacht im ersten Röntgenbild konfrontiert zu werden, was ihr nur in einem von 250 Fällen den schliesslichen Glückstreffer bescheren wird. Verzichtet eine Frau auf die Mammographie, könnte sie mit grossem Pech gerade die eine von 1000 sein, die in den nächsten zehn Jahren deshalb frühzeitig an Brustkrebs stirbt. Mit einer Chance von 99,9% wird sie aber von diesem Pech verschont bleiben und vermeidet gleichzeitig die Risiken, in diesem Glücksspiel als Verliererin hervorzughen.

Früherkennung – Early detection

in der Praxis – in practice

Auswirkung Effect	**pro 100'000 Frauenjahre** per 100,000 women–years	**pro verhütetem Krebstodesfall** per prevented cancer death
Verhüteter Krebstod Prevented cancer death	**6.2**	**–**
Krebsfallzunahme Increase in overt cancer	**52**	**8.4**
Verlängerung der Krankheitsphase Lengthening of disease period	**180**	**30**
Positive Mammographie Positive mammography finding	**1500**	**250**
Früherkennungs–Mammographien Screening mammographies	**39 000**	**6300**

[Schmidt JG. J Clin Epidemiol 1990; 43: 215–225]

Sie sehen also, dass die sogenannt nachgewiesene Wirksamkeit der Früherkennung beim Brustkrebs nicht nachlässig mit einem Nutzen für Patientinnen gleichgesetzt werden darf. Die Auffassung, die Brustkrebs-Früherkennung würde Krankheit und Leid vermindern, ist genauso richtig wie die Behauptung, der regelmässige Besuch im Casino könnte das Problem der Armut lösen. Es gibt die Glücksspieler, es gibt die Casinos, jeder sucht das Glück auf seine Weise. Es müsste aber schon eine sehr triviale ökonomische Wissenschaft sein, welche Wohlfahrt durch den periodischen Besuch des Casinos verspricht.

Ist dieser nachlässige Umgang der Institution Medizin mit ihrem Wissen ethisch noch vertretbar? Es zeigt sich jedenfalls, dass Ärzte mit Patienten zusammen jeweils zu erarbeiten haben, welcher Weg eingeschlagen werden soll, ob man daran glaubt, alles Böse früh orten und mit allen Mitteln bekämpfen zu müssen, oder ob auch eine andere Möglichkeit besteht, dem bösen Tod ins Auge zu schauen. Wenn Ärzte sich aufgeklärt der tatsächlich oft vorhandenen medizinischen Machtlosigkeit stellen und nicht in das verdrängerische Handeln aufgrund unzureichender Evidenz begeben, können sie die menschlichen Reifeprozesse im Angesicht von Krankheit und Vergänglichkeit zu ihrer ärztlichen Aufgabe machen. Diese "Liebe" oder dieses achtsame Mitleiden hat nicht viel mit dem trivialen Mitleid zu tun, welches aus einer wenig professionellen Ethik des blossen *Gut Meinens* entsteht. Aufgeklärtes, professionelles Arztsein ist eine Gratwanderung, die in einem gewissen Sinn erst nach Verzicht auf ethische Normen möglich wird.

Das im paracelsischen Sinn liebevolle und achtsame Gratwandern ist für den Arzt als Menschen immer wieder zu viel verlangt, sodass die Versuchung entsteht, durch ethische und andere Richtlinien sich dieser schweren Aufgabe entziehen zu wollen. Viele Krankheiten erscheinen bedrohlich und sind manchmal auch bedrohlich. Professionalität verlangt aber, dass wir Ärzte wie ein Steuermann über der Sache stehen und uns nicht so leichtgläubig wie andere auch in die Illusionen über die Wirkung medizinischer Massnahmen verwickeln. Menschliche Reifeprozesse im Angesicht von Krankheit und Vergänglichkeit sind eine "Behandlungs"-Möglichkeit, die immer auch in Betracht zu ziehen ist. Die Medizin ist indessen wie zur Zeit der ausgehenden Scholastik von diesem Gratwandern heute wieder so weit entfernt, dass viele vermeintlich wissenschaftliche und ethische Fragen sich im Leeren drehen. So hört man von Ethikern im Zusammenhang mit Gentechnologie und Krebs etwa die Auffassung, wissenschaftlicher Fortschritt bewältige einerseits Angst und erzeuge durch mögliche neue Gefahren andererseits auch Angst. Mit dieser schönen Formel wird aber die Frage der praktisch fehlenden Prädiktivität von Gentestung mangels undurchdachter medizinischer Vorgaben gar nicht erkannt; es geht somit um ein sogenannt ethisches Problem oder einen ethischen Konflikt, der in Realität gar nicht existiert. Ob das lebenslängliche Brustkrebsrisiko 10% oder 20% beträgt, ist nämlich nicht sehr bedeutend, vor allem weil auch die Frage der Art des Brustkrebses - wird es ein gutartiger oder bösartiger sein? - und die Frage der möglichen Hilfe, offen bleibt. Auch der am Schluss degenerierte Ablasshandel aus paracelsischen Zeiten hat Angst bewältigt und Angst erzeugt, Paracelsus' Zeitgenosse Luther hat dem aber nicht Ethik, sondern Wissen, die *systematic review*, wie wir es heute nennen, und die Literaturzugänglichkeit entgegengesetzt, wie sie ja auch heute über Medline und Internet

eine neue Dimension bekommen hat. Systematisch durchdachtes Wissen kann auch heute nicht durch Ethik ersetzt werden. Ich glaube, dass wir uns heute wieder in einer Zeit befinden, in der neu geordnet wird, was gut und böse, was krankhaft und was normal ist. Eine für diese Zeit gültige Ethik kann sich jedenfalls nicht an blosser "politischer Korrektheit" orientieren, die ja im Grunde nicht viel mehr ist als eine modische Version des Spiessertums.

Eine globale Ethik steht zur Diskussion. Global bedeutet umfassend nicht nur im geographischen Sinn, sondern auch umfassend in der Problemsicht. In der Wissenschaft sind globale Instrumente meist sehr sensitiv, aber sie können nicht sehr spezifisch sein, denn Sensitivität und Spezifität konkurrenzieren sich bekanntlich. Eine globale Ethik kann jedenfalls nicht spezifische Kulturblindheiten einer neureichen westlichen Welt zum Massstab nehmen, und jede spezifische Ethik muss so dosiert sein, dass sie Heilmittel und nicht Gift wird. Diese gratwanderische Dosis wird eine breite Variation aufweisen müssen, um global für alle Krankheitssituationen gelten zu können. Mit Bezugnahme auf Paracelsus und etwa in Anlehnung an die heute noch erfahrbare Praxis des *Zen* lässt sich eine globale ärztliche Ethik kurz und bündig formulieren: Sei achtsam und nie nachlässig! Brauche Herz und Verstand!

Etwas spezifischer ist der heute unbekannte Eid des Paracelsus: Das gelob ich mir: Meine Arznei zu vervollständigen und allen falschen Arzneien zu widerreden. Die Kranken zu lieben, mehr noch als meinen eigenen Leib. Arzneien nur mit Verstand zu geben und nur verdientes Geld einzunehmen. Keinem Apotheker zu vertrauen, und ein gültiges Wissen zu pflegen und nicht nur an Gerüchte-Wissen zu glauben (wir sehen in diesem Punkt ja eine frappante Parallele zur heutigen Zeit, wo das ärztliche Wissen wiederum weit mehr vom Marketing und den Gerüchten der Medikamentenverkäufer bestimmt ist als von wissenschaftlicher Evidenz und systematischer Beurteilung). Die Hinweise auf diese paracelsischen Zitate verdanke ich im übrigen dem Kollegen Hubert Schefer, der seine Dissertation unter dem Titel "Das Berufsethos des Arztes Paracelsus" [3] veröffentlicht hat.

Der Eid des Paracelsus, wenn er überhaupt als solcher verstanden werden darf, enthält in der Folge eine Reihe weiterer Punkte, die nicht immer einfach zu verstehen und vielleicht auch allzu sehr aus persönlichem Schicksal entstanden sind. Wir finden in diesen zum Teil auch banalen Aussagen vieles, was eher profanen politischen Querelen als heeren ethischen Späre zuzurechen ist. Vielleicht ist dies aber gut so, wir glauben jedenfalls heute, dass Paracelsus damals durch seine Art der ethischen Darstellung die Medizin wirklich bewegt hat. Wenn man nämlich die vorher genannte globale Ethik der Achtsamkeit weiter paraphrasiert, könnte man sehr wohl auch sagen: Ethik praktiziert man, darüber spricht man nicht. - Wenn man über sie spricht, wird sie zu Politik. Und ich sage nicht, dass Politik nicht sein soll.

Referenzen:

1) Braun L. *Paracelsus*. SV international/Schweizer Verlagshaus Zürich, 1988
2) vgl. Feinstein AR. The hard data creed in current clinical practice: Its spurious validity and the challenge to define meaningful clinical variables. In: Schmidt JG, Steele RE, eds. *Kritik der medizinischen Vernunft: Schritte zu einer zeitgemässen Medizin - Ein Lesebuch*. Verlag Kirchheim, Mainz 1994: 210-218 (Deutsch: Das irreführende Credo harter Daten in der heutigen klinischen Praxis - das Problem sinnvoller klinischer Erfolgskriterien. *Forsch Komplementärmed* 1994; 1: 260-265)
3) Schefer HW. *Das Berufsethos des Arztes Paracelsus*. Verlag Sauerländer, Aarau 1990
4) Einsiedler Kurse: *Zeitgemässe Beurteilung medizinischer Evidenz - „Critical Appraisal" und Methoden der klinischen Epidemiologie für die praxisbezogene Bewertung von Studien*. Stiftung Paracelsus Heute, CH-8840 Einsiedeln.
5) Schmidt JG. Ist Verzicht immer Nihilismus? Über das Handeln aufgrund rationaler Erkenntnisse. In: Köbberling J. Zeitfragen der Medizin. Springer, Heidelberg 1998
6) Nielsen M, Jensen J, Andersen J. Precancerous and cancerous breast lesions during lifetime and at autopsy. Cancer 1984; 54: 612-615
7) Minerva. BMJ 1993; 307:574
8) Rees JL. The melanoma epidemic: reality and artefact. BMJ 1996; 312: 137-138
9) Burton RC. Analysis of public education and the implications with regard to nonprogressive thin melanomas. Curr Opin Oncol 1995; 7: 170-174
10) US Preventive Services Task Force. Guide to clinical preventive services. Williams & Wilkins, Baltimore 1989
11) Sacks NPM, Baum M. Lancet 1993; 342: 1402-1408
12) Cuzick J et al. J Clin Oncol 1994; 12: 447-453
13) Price A et al. Lancet 1994; 343: 427
14) Jacobson JA et al. N Engl J Med 1995; 332: 907-911
15) Early Breast Cancer Trialists' Collaborative Group. Lancet 1992; 339: 1-15, 71-85
16) Spiegel D, Bloom JR, Kraemer HC, Gottheil E. Effect of psychosocial treatment on survival of patients with metastatic breast cancer. Lancet 1989; ii: 888-891
17) Guyatt G, Sackett DL, Sinclair JC et al. Users' guides to the medical literature - IX. A method for grading health care recommendations. JAMA 1995; 274: 1800-1804
18) Schmidt JG. The epidemiology of mass breast cancer screening: A plea for a valid measure of benefit. J Clin Epidemiol 1990; 43: 215-225

Lokale Therapien und Brustkrebs-Mortalität	
Radikale Operation Minimale Operation	-> kein Unterschied
Lokale Bestrahlung Keine Bestrahlung	-> kein Unterschied
(Minimale) Operation Keine Operation	-> nicht bekannt

«Aggressivität» «systemischer» Krankheiten
"Aggressiveness" of "systemic" diseases

Krankheit Disease	**Agens** Agent	**Wirt** Host	**Prognose** Outcome	**Therapie** Effective therapy
Brustkrebs Breast cancer	**Krebszelle (stark variierende Aggressivität)** Cancer cell (great variation in aggressiveness)	**Anfälligkeit kein Thema, Krebs-zelle = Krankheit** Susceptibility has no consideration Cancer cell = disease	**Seit Jahrzehnten kaum verändert** No real change for decades	**?**
Tuberkulose Tuberculosis	**Mycobakterium (einheitliche Virulenz)** Mycobacterium (homogenous virulency)	**Anfälligkeit entscheidend Gesunde Bakterien-Träger möglich** Susceptibility decisive Healthy infected can be observed	**Stark verbessert (Minderung materieller Armut)** Dramatically improved (much less poverty)	**Haus-Sanierung Ernährung** Better housing Sufficient diet
Brustkrebs Heute Breast cancer Today	**Krebszelle (einheitliche Aggressivität?)** Cancer cell (homogenously aggressive?)	**Anfälligkeit entscheidend? Gesunde Krebs-trägerinnen möglich!** Susceptibility decisive? Healthy patients with cancer cells exist!	**Verbesserung durch Minderung der geistigen Armut?** Improvement by lessening of spiritual poverty?	**Sanierung des «inneren Hauses»? Geistige Ernährung?** Sanitation of "inner house"? Sufficient spiritual food?

Früherkennung – Early detection

in der Praxis – in practice

Auswirkung Effect	**pro 100'000 Frauenjahre** per 100,000 women–years	**pro verhütetem Krebstodesfall** per prevented cancer death
Verhüteter Krebstod Prevented cancer death	**6.2**	**–**
Krebsfallzunahme Increase in overt cancer	**52**	**8.4**
Verlängerung der Krankheitsphase Lengthening of disease period	**180**	**30**
Positive Mammographie Positive mammography finding	**1500**	**250**
Früherkennungs–Mammographien Screening mammographies	**39 000**	**6300**

[Schmidt JG. J Clin Epidemiol 1990; 43: 215–225]