

Zusammenfassung

Die Medizin hat sich rasant, doch einseitig entwickelt. Sie ist heute hochgradig spezialisiert und technisiert. Für die Praxis ging damit das Ganzheitsprinzip weitestgehend verloren. Die Basismedizin soll vor allem für den allgemeinärztlichen Sektor moderne, effiziente und eigenständige Grundlage schaffen. Den eigentlichen Kernpunkt bildet ein dynamisches Krankheitsmodell, dass die Krankheit selbst als individuelle Entität mit spezifischer Disposition definiert, die maßgeblich den Status nascendi triggert und sich prozesshaft bis hin zu einem messbaren Format entwickeln kann. Die Diagnosen werden zu Arbeitshypothesen, um in einem Prozess der fortschreitenden organischen Spezialisierung,

definierte Bereiche zu beschreiben. Daraus wird die Konsequenz abgeleitet, die mit den singulären, klassischen diagnostischen Verfahren verbundenen therapeutischen Spätinterventionen, in eine konzeptionelle, systemorientierte Frühintervention zu überführen. Eigens dazu wurde die antiphlogistische Resonanztherapie dem leitlinienorientierten therapeutischen Vorgehen zur Seite gestellt.

Über neue Theorien zur Abschätzung des individuellen Risikos eines Menschen, einer Krankheit zu erliegen, wird es mithilfe der Basismedizin möglich, die pathogenetischen Spätstadien vielfach zu vermeiden.

Summary

Medicine has developed rapidly, but one-sidedly. Today it is highly specialized and engineered. In practice, the holistic principle was largely lost. Basic medicine should create a modern, efficient and independent basis, especially for the general practitioner sector. The actual core is a dynamic disease model that defines the disease itself as an individual entity with a specific disposition that significantly triggers the status nascendi and can develop as a process to a measurable format. The diagnoses become working hypotheses to describe defined areas in a process of

progressive organic specialization. From this, the consequence is derived to convert the therapeutic late interventions associated with the singular, classic diagnostic procedures into a conceptual, system-oriented early intervention. Specifically for this purpose, the anti-inflammatory resonance therapy was placed alongside the guideline-oriented therapeutic approach. New theories for estimating the individual risk of a person succumbing to a disease make it possible to avoid the late pathogenetic stages in many cases with the help of basic medicine.

1. Erfordernis einer Basismedizin

1.1 Einführung in den Kontext

Das hohe Niveau, das die Medizin in den Industriestaaten erreicht hat, resultiert nicht zuletzt aus der Anbindung an den allgemeinen technischen Fortschritt. Um dem kranken Menschen Leid zu ersparen, werden technische Errungenschaften für die Medizin bestmöglich genutzt. Dieser ethische Prozess hat sich inzwischen jedoch über Gebühr verselbstständigt. Das heißt, dass sich die Medizin im Sog des technisch Machbaren und im Rahmen der zunehmenden Differenzierung primär auf die ausgeprägten und seltenen Krankheitsbilder spezialisiert hat. Inzwischen wird die *gesamte* Medizin von der sogenannten Hightechmedizin repräsentiert, doch Ambitionen, die Medizin weiter in ihrer Komplexität voranzutreiben und Probleme zu lösen, sind vernachlässigt worden. Als Folge davon bleiben neue Projekte der technischen Medizin vorbehalten, was zu einem wissenschaftlichen und organisatorischen Verwaisen des wesentlich größeren ambulanten Sektors geführt hat.

Die Bemühungen an der Basis, die typisch menschlichen Eigenschaften in Bezug auf die allgegenwärtige Psyche, die angeborenen physischen Baupläne und die soziale Determiniertheit in das medizinische Betreuungskonzept einzubauen, sind in der Vergangenheit kontinuierlich abgewertet worden.

Die vornehmlich technisch strukturierte Medizin ist demzufolge der Basis enteilt und erntet allorts Beifall. Zwar hat die moderne Medizin viele Probleme gelöst, doch auch neue geschaffen. Ein wesentliches Problem, das die Einseitigkeit der Medizin im Gefolge hatte, ist die Abkehr von den Möglichkeiten, die der medizinische Fortschritt auch dem ambulanten Sektor eröffnet hatte. Eine Hinwendung zum ambulanten Bereich bietet hingegen zwei Optionen: Zum einen besteht bei einer frühzeitigen Behandlung eine größere Chance auf Heilung, und zwar über die elementare Lebenserhaltung hinaus. Zum anderen käme einer wesentlich größeren Zahl von Patienten – im ambulanten Bereich werden

ca. 90 Prozent von ihnen betreut – eine intensivere, fachliche kompetente Betreuung zugute. Mit der Basismedizin wird nunmehr ein durchgreifender Fortschritt im ambulanten Sektor möglich.

Die Dynamik unserer modernen Gesellschaft bringt es mit sich, das Bestehende zu intensivieren und zu optimieren. Eine Basismedizin über die obligatorischen Aufgaben der herkömmlichen Medizin hinaus zu installieren, ergibt sich aus zwingenden fachlichen sowie sozialen Aspekten. Die menschliche Gesellschaft hat sich so rasant fortentwickelt, dass eine rationale und gerechte Umgestaltung des sozialen Miteinanders mit der Geschwindigkeit der Veränderungen nicht Schritt halten konnte. Das Gesundheitswesen ist in dieses soziale Gefüge integriert, das sich in den hochkomplexen Industriestaaten zu einem monströsen Kompartiment entwickelt hat. Den bestehenden sozialökonomischen Gesetzen folgend, wurde die Medizin inzwischen dem alles beherrschenden Kapitalmarkt zugeschlagen. Die zwangsläufig damit verbundene menschliche Schiefelage hin zu gewinnträchtigen Arbeitsabläufen und Innovationen, ist nicht zu übersehen. Doch unbestritten sind dennoch für den Einzelnen und die Gesellschaft positive Entwicklungen in Gang gesetzt worden. Die Moral bildet, das wird auch hier ersichtlich, keine obligatorische Bedingung für die Innovationen. Solch moralfreien Prozesse fortan in Zukunft ethisch zu kanalisieren, versucht man beispielsweise mit der Vergabe des Nobelpreises.

Im zweiten Kapitel sollen die für den jetzigen Zustand verantwortlichen evolutionären Relikte in den menschlichen Motivations- und Aktionsprogrammen aufgearbeitet werden.

Es ist wichtig zu begreifen, warum der Modus, gegen Vernunft und Moral zu verstoßen, irgendwie doch naturgemäß zu dem Anteil des Menschen gehört, den wir als Psyche definieren, ohne konkrete Eigenschaften zu benennen, die einen der Bedeutung angemessenen Umgang mit ihr ermöglichen. Psychisch zu gesunden, gilt allerdings dennoch als allgemein anerkannter Beitrag zur Bekämpfung von Krankheit.

Deswegen wirkt der gegenwärtig dominierende Trend – in der Medizin wohlgermerkt –, den Menschen auf genetische und biologische Eigenschaften zu reduzieren, nachhaltig negativ. Die Basismedizin bietet auch dazu Alternativen.

Doch die verwaltungstechnischen Verwerfungen zu beseitigen, darin liegt nicht die eigentliche Aufgabe der Basismedizin.

Vielmehr wird das Kerngebiet der Medizin zu einer authentischen Realität geformt, die sich als spezifische Entität darstellt und behauptet.

Ein optimiertes gentechnisches Modell des Menschen zu kreieren, ist inzwischen keine Utopie mehr. Die Basismedizin bezieht auch diesen Trend in ihre Betrachtungsweise mit ein. Sie setzt ein Fragezeichen hinter eine derartige Gestalt des ethisch Zugelassenen und legt über die Wertung der biologischen Gesetzmäßigkeiten, die den Menschen führen, eine modifizierte Hypothese. Sie zeichnet ein anderes Bild des Menschen, da uns die alten Vorstellungen nicht weiterführen können.

Für eine unabhängige Grundlagenmedizin kämen in erster Linie die Hausärzte in Betracht. Doch die Organisationsnetze sind derart weit ausgeworfen, dass sich daraus eine finanzielle und fachliche Abhängigkeit für die ambulant tätigen Mediziner entwickelt hat. Ihre sogenannte Lotsenfunktion macht sie technisch zu einer Interimslösung. Erst mithilfe einer eigenen Konzeption, wie sie die Basismedizin ermöglicht, können die ambulant tätigen Ärzte, und insbesondere die Hausärzte, ihre Eigenständigkeit wiedererlangen und sich auch gegen die verheerenden Verwaltungszwänge behaupten.

Dass wir Ärzte trotz und wegen der Hightechmedizin aufgrund der funktionellen Dynamik des Krankheitsgeschehens einen organisatorischen und inhaltlichen Wandel schaffen müssen, steht außer Zweifel. Am Ende des Krankheitsprozesses bzw. für die definierte Ausprägung einer organischen Destruktion (Diagnose) stehen in Deutschland Fachärzte aus 34 Fachrichtungen bereit. Dazu kommen Ärzte mit 57 zusätzlichen Weiterbildungen. Der Patient kann sich außerdem entscheiden für para- oder komplementärmedizinische, für naturheilkundliche oder „alternative“ Verfahren. Hinzu kommt, dass sich Ärzte mit lapidaren Verwaltungsangelegenheiten herumschlagen müssen, weil die Bürokraten bereits in ihre therapeutischen Hoheitsgebiete eingebrochen sind. Der Einfluss fachunkundiger Verwalter hat durch die Hintertür bereits pathogenetische Dimensionen angenommen. Es kommt regelmäßig dazu, dass Mitarbeiter der Krankenkassen notwendige Behandlungen unterlaufen. Politiker und Funktionäre, Sachbearbeiter und Berater sowie alle, die vom System profitieren, werden kein Interesse daran aufbringen, etwas zu ändern. Als Externer über die fachlichen Strukturen hinweg zu entscheiden, mag in der Politik nichts Außergewöhnliches sein, doch im Gesundheitswesen sind damit verheerende Auswirkungen verbunden. Die fachfremden Eingriffe schaden Menschen, also den Patienten und ihren Angehörigen und nicht zuletzt der gesamten Gesellschaft.

Um dies verständlich zu machen, bedarf es zunächst einer Situationsanalyse. Die Aufspaltung der gesundheitsorientierten Teilbereiche funktioniert nicht primär nach medizinischen Prinzipien. Diese sind unübersichtlich und infiltrierend – auf diese Weise lässt sich der Gesundheitskomplex nicht mehr entmischen. Die größte Herausforderung eines medizinischen Grundkonzeptes besteht darin, die Einheit der Medizin in einem System unterzubringen, das sich den Grundlagen gegenüber offen verhält und Patienten, die an Krankheiten leiden, die nicht allzu häufig, aber mit hoher Spezifik auftreten, an dafür vorgesehene Fachdisziplinen weiterleitet. An den entsprechenden Punkten wird die hier beschriebene Basismedizin die anachronistischen Relikte in den aktuellen Krankheitsmodellen korrigieren.

Der Mensch kann angesichts seiner Komplexität nicht auf einzelne Organe reduziert werden. Nerven, Psyche und Seele bilden zwar als Einheit den wichtigsten Systemanteil des Menschen, doch werden sie mehr hypothetisch artikuliert, als mit praktisch verwendbarer Substanz unterlegt. Das sind keine guten Voraussetzungen für die Allgemeinmediziner, die entsprechend der Lehrmeinung mit einzelnen Organkrankheiten umgehen müssen und nicht mit deren integrativen Beziehungen arbeiten können. Mit der

zunehmenden Unübersichtlichkeit, die durch das beziehungslose Publizieren von hochspezifischen Details zustande gekommen ist, hat sich die Biologie – vor allem im genetischen Gewand – wieder in den Vordergrund geschoben und es wird erneut den messbaren Hinterlassenschaften der Krankheiten vordergründig mit technischen Methoden zu Leibe gerückt. Dahinter steckt nicht mehr ganz die alte Auffassung, dass der Mensch einer biologischen Apparatur entspricht, doch im Endeffekt liegen die Betrachtungsweisen nicht besonders weit auseinander. Dass man auf Technik setzt, hat seinen Grund. Im Zuge der Fortentwicklung der menschlichen Gesellschaft konnte die Technik stets auf eine solide naturwissenschaftliche Basis zurückgreifen. In den Bereichen, die in erster Linie den Menschen selbst betreffen – vor allem in Politik, Verwaltung und Medizin – waren allerdings seit jeher die Erfahrung und die persönliche Meinung maßgeblich. Die gut gemeinten Versuche, die wissenschaftlich aufbereiteten und praktisch erfolgreich verwerteten Naturgesetze auf den Gesamtkomplex Mensch zu projizieren, brachten naturgemäß nur im Detail der elementaren Systemebenen entsprechende Erfolge. Der Anteil am Menschen, den wir Psyche nennen, verhält sich den Naturgesetzen gegenüber besonders widerspenstig.

Viel von dem, was bei dem unversiegbaren Bemühen, das rein technische Wissen in die Medizin aufzunehmen und auf den Menschen zu übertragen, bisher erwuchs, konnte unsere Erwartungen nicht erfüllen. Insbesondere die hohen Erkrankungsraten und die unablässige Ausweitung der Pflegebedürftigkeit in einer alternden Gesellschaft geben genügend Anlass, neu über mögliche Gründe nachzudenken.

Es liegt in der Natur der Sache, dass die behandelnden Ärzte erst dann substanziell auf die naturwissenschaftlichen Gesetze zurückgreifen können, wenn beim Patienten *hinreichend messbare* organische Schäden eingetreten sind. Dies wird allerdings dem gegenwärtigen Erkenntnisstand nicht mehr gerecht. Die evolutionären, biologischen und psychischen Gesetze des humanen Lebens, denen die Wissenschaft allmählich näherkommt, sind mit ihren spezifischen Charakteristika von ebenso großer

Bedeutung wie die naturwissenschaftlichen Gesetze. Das ist besonders bei der Coronavirus-Pandemie deutlich geworden. Das Virus, das Covid-19 hervorruft, ähnelte zunächst scheinbar anderen Viren der Gattung der Coronaviren. Doch angesichts der enormen Verbreitungsrate des Virus und angesichts seiner hohen Aggressivität, wurden subtile biologische Variationen, auch als Mutationen bezeichnet, zur signifikanten Größe.

Während nun die naturwissenschaftlichen Gesetzmäßigkeiten am nahenden Endpunkt der Krankheit aus medizinischer Sicht besonders verwertbar sind, determinieren die biologischen Gesetzmäßigkeiten – und natürlich die Gesetze der Psyche – den Beginn des Krankheitsprozesses. Diesem Krankheitsbeginn haben die Mediziner nach und nach ihre Aufmerksamkeit entzogen und den Fokus vermehrt auf die Spätstadien gerichtet. Das wiederum hat häufigere schwerwiegende Folgen bei den somit ungebremsten Krankheitsverläufen bedingt. Hinzu kommt, dass die Krankheit dem Schein nach undefiniert, ja mystisch daherkommt und manchmal als reines Kunstprodukt die unterschiedlichsten Begehren weckt. Nicht zuletzt deshalb ist es an der Zeit, grundlegende Korrekturen in Bezug auf die kursierenden Krankheitsmodelle vorzunehmen.

Die Basismedizin definiert die Krankheit als einen *Prozess*, der einen *larvierten* Anfang hat und leider oft *überdeutlich* in schlechter Art und Weise zu Ende geht. Obwohl das leicht zu verstehen ist, hat sich das dynamische Krankheitsmodell nicht durchsetzen können.

Der Organismus des Patienten geht ganz allgemein bereits beim Eintritt der Krankheit aus einem funktionierenden Ganzheitszustand in einen pathologischen Zustand über. Die auftretenden Zeichen signalisieren eine organismische – *physische* – Veränderung. Diese zeigt sich anfangs noch nicht vollständig, sondern verharrt mehr oder weniger lange in der *Ganzheitsphase*. Die Krankheit betrifft bereits in diesem Moment den *gesamten Organismus*. Erst bei fehlgelaufener Heilung geht die Krankheit in eine spezifische Phase über. In dieser geraten jeweils die schwächsten Punkte oder Organe in Bedrängnis. Den

Beginn bildet stets die Beeinträchtigung des Gleichgewichtes des gesamten Individuums, die abstrakt als Störung der Homöostase aufgefasst wird.

Den Ärzten fällt in der menschlichen Gesellschaft von Alters her dabei die Aufgabe zu, jene Menschen vor körperlichem und seelischem Leid zu bewahren, die sich nicht durch die Selbstorganisation aus der Umklammerung der Krankheit befreien können. Als Voraussetzung dafür muss der Arzt profunde Kenntnisse über *das Wesen* des Menschen besitzen.

An erster Stelle steht dabei die Einsicht, dass der menschliche Körper ein biologisches Konstrukt bildet und die Funktionen des Körpers nicht zuletzt über Mechanismen gesteuert werden, die als seelische oder psychische Phänomene sichtbar werden. Der Körper und all seine Bestandteile, von der Körperzelle bis hin zum Gehirn, sind auf ihr Zusammenwirken angewiesen, um als einheitlicher Organismus zu funktionieren.

Zwar wird dieses Orchester vom Gehirn dirigiert, doch erlauben sich die Mitspieler oft auch Dissonanzen. Dafür sorgt regelmäßig ein wohl noch mächtigerer Dirigent als das Gehirn selbst. Es handelt sich dabei um die Psyche, die zwar vom Gehirn getragen wird, doch durchaus positive und negative Kontakte zu ihren Untertanen, den Zellen, unterhält. Werden die negativen Einflüsse zu groß, zerreißt das feine Gespinnst und der Mensch wird krank.

Da der Mensch biologischer Abstammung ist, wird er, um zu überleben, von der Natur darauf aufmerksam gemacht werden müssen, wenn physische oder psychische Störungen seine Integration beeinträchtigen.

Natürlichen Signalen sollte unbedingt mehr Beachtung geschenkt werden, um die auslösenden Momente einer Dysregulation als Vorstufe des Verlustes der Homöostase rechtzeitig zu bewerten und der drohenden Krankheit entgegenwirken zu können. Die Krankheit beginnt dementsprechend mit Zeichen aus dem Inneren, die zunächst nur vom Individuum selbst wahrge-

nommen werden können. Die Basismedizin wird der Bedeutung solcher Signale gerecht. Das wiederum bewirkt und verlangt eine enge Bindung an den Patienten. Einerseits beschleunigt diese Beziehung die Interpretation der parasemantischen Kontaktqualität – nonverbale Kommunikation – und andererseits kann der Arzt besser dabei helfen, die individuelle Schutzfunktion seines Gegenüber in Gang zu setzen.

Nach wie vor bleibt allerdings offen, auch wenn die Basismedizin Gründe für ein frühes Einsteigen in die Therapie liefert, welcher Gestalt der primäre Anstoß ist. Immerhin schafft er es, die funktionierenden Regulationen aus dem Takt zu bringen. Zwei Gegebenheiten treffen dabei aufeinander: Auf der einen Seite stehen die subjektiven, dem einzelnen Menschen zuzuordnenden Eigenschaften. Das sind seine Veranlagungen und sein Lebensstil. Auf der anderen Seite steht die Beanspruchung durch die Umwelt.

In der Medizin ist es beispielsweise seit jeher Brauch, die Krankheit mit der Diagnose gleichzusetzen. Die Diagnose stellt prinzipiell die Beschreibung eines bestimmten Schadensgrades am Organismus dar, den wir dann Krankheit nennen. Sie bildet damit – wie jede Theorie – eine *kognitive Schablone* des Betrachters, von der angenommen wird, dass sie möglichst genau auf die Wirklichkeit passt. Die Grundlage der Basismedizin bildet dagegen die folgende Ausgangsthese:

Arbeitshypothese als Definition der Krankheit

Die Krankheit wird in der Basis- und Systemmedizin als ein Dysregulationsprozess definiert, der mit seinem Fortschreiten immer schwerere Destruktionen – morphische Resonanzen auf unterschwellige Reize – ausübt. In einer vulnerablen Phase verliert der Organismus des Patienten seine individuelle Fähigkeit zur Rückregulation in die physiologische Balance (Homöostase), die auch als Verlust der Selbstheilung oder Selbstregulation aufgefasst werden kann. Während der Status nascendi zumeist okkult verläuft, können der abortive oder finale Endpunkt verifiziert werden. Die Diagnosen bilden demnach ein deskriptives Stadium der Krankheit ab.

Wie die meisten neuzeitlichen Theorien stützen sich auch die Diagnosen inzwischen im Großen und Ganzen auf technisch nachweisbare Parameter. Nun ergibt sich immer wieder die Situation, dass ein Patient zwar die technischen Daten einer Krankheit aufweist, aber nicht das Krankheitsbild, das dabei erwartet wird. Auch umgekehrt kann es der Fall sein, dass der Patient die klinischen Befunde einer Krankheit aufweist, aber nicht die technischen Daten, die dazu passen müssten. Das Staunen der Ärzte darüber hält aber nicht lange an. Sie gehen zur Tagesordnung über, die von ihnen verlangt: Erst im Anschluss an die Diagnose darf behandelt werden. Sie diagnostizieren demzufolge weiter, bis sich ein Ergebnis in ihrem Sinne zeigt oder bis es dem Patienten so schlecht geht, dass überhaupt irgendetwas, auch ohne Diagnose, getan werden muss, um das Leben des Patienten zu schützen. Die meisten Diagnosen sind älteren Datums und wurden im Laufe der Zeit neueren Erkenntnissen angepasst. Das erlebt jeder Arzt besonders in den stationären Einrichtungen täglich.

Daraus ergibt sich das Prinzip des fraglosen Abwartens: „Wir können nichts tun, wir haben keine Vorstellung, die auf eine Diagnose passt.“ So können zwar keine Fehler (Unterlassung ausgenommen) begangen werden, doch andererseits wird die Chance verpasst, möglicherweise rechtzeitig den Krankheitsprozess zu stoppen.

Eine unausweichliche Folge dieser retardierenden dogmatischen Strategie besteht in der Verlagerung des Behandlungskonzeptes auf eine späte Wahrnehmung. Dadurch wurde aus der Medizin eine technische Medizin, die im Grunde eine Wiederherstellung bzw. eine „Reparatur“ bedeutet. Die Krankheitsrate steigt infolgedessen weiter beständig an, und so natürlich auch die damit eng verknüpfte Zahl der Pflegebedürftigen.

Wiederherstellende Maßnahmen sind und bleiben ein Segen für die Menschheit. Die Methoden verhindern aber nicht in erster Linie die Entfaltung der Krankheit, sondern lindern vornehmlich deren Folgen.

Abgesehen von der Eigendynamik krankmachender Prozesse im Individuum selbst existiert noch eine zweite, parallel laufende Kraft, die die Vorstellung von festgefügtten Krankheitsbildern infrage stellt. Da ständig neues Wissen generiert

wird, müssten sich zwangsläufig auch die Diagnosen ständig verändern. Ein neues Muster verlangt in solchen Fällen dann zwangsläufig auch einer neuen Bezeichnung und einer anderen Behandlung. Doch dazu lässt sich der Mediziner traditionell begründet selten bewegen. Lieber übernimmt er die alten Krankheitsvorstellungen und baut die neuen Elemente irgendwie in die alten Diagnosebegriffe ein. Ein typisches Beispiel bildet die Diagnose „Rheuma“, die seit ihrer Entdeckung bei den alten Griechen in jedem Jahrhundert – bis heute – verändert, sozusagen auf den neuesten Stand gebracht wurde. Aber im Ursprung definierte die Diagnose „Rheuma“ im antiken Griechenland ausschließlich irreguläre pathologische Verläufe speziell an den Gelenken. Die alten Griechen kannten kein Labor und auch kein Röntgen. Sie beschrieben, was sie sahen. „Rheuma“ ist ein beredtes Beispiel dafür, wie Diagnosestellungen funktionieren. Durch diese Einstellung ist vorprogrammiert, dass Ärzte immer irgendwie genötigt sind, Kompromisse einzugehen, weil sie unter dem Druck der vorherrschenden Meinung stehen. Ein ohne ersichtlichen Grund geschwollenes und schmerzhaftes Kniegelenk ist noch lange kein Rheuma, wenn es keiner sagt.

Die neu hinzugekommenen Kenntnisse über die molekularen und enzymatischen Veränderungen, die bei einer Krankheit auftreten, ermutigen dazu, den Krankheitsbegriff über die alten Diagnosen hinweg zu erweitern. Schon seit Langem ist man aus medizinwissenschaftlicher Sicht geneigt, die für das Individuum spezifischen biologischen Eigenschaften in das Geschehen der Herausbildung der Krankheit mit einzubeziehen.

Die Basismedizin versteht demgegenüber die Diagnose als Momentaufnahme in einem Prozess. Die Krankheit selbst stellt diesen Prozess dar. Sie wird nicht als feststehender Zustand aufgefasst, der sie naturgemäß ja auch nicht ist.

Diese dynamische Betrachtungsweise avanciert in der Basismedizin zum Ausgangspunkt einer wissenschaftlich begründeten frühen Behandlung. Gegen diese Sichtweise richten sich allerdings nicht nur die traditionellen Vorstellungen, die Ärzte von der Krankheit haben, sondern auch die eingefahrenen Organisationsmuster des Gesundheitswesens und nicht

zuletzt all jene, die über Gebühr am kranken Menschen verdienen. Das Durcheinander von verschiedensten Interessenträgern, Nutznießern und Fachkräften hat nicht nur das Erscheinungsbild, sondern auch die Inhalte der Medizin negativ beeinflusst.

Ein wesentlicher *Punkt* auf der Liste der Gesundheitsgefahren, der nicht unerwähnt bleiben kann, ist der kranke Mensch am Markt. Auf dem Gebiet der Gesundheit ist viel Geld zu verdienen und viel Ruhm zu ernten. Bedenkt man, welcher immenser Apparat sich über dem von Krankheit geprägten Schicksal der Patienten besonders in Deutschland aufbaut und wie gering die Erfolge im Vergleich zu Ländern mit wesentlich niedrigerem Etat wirklich sind, so wird die vielerorts anzutreffende Entrüstung darüber nachvollziehbar. Wohin fließt das Geld, wenn es nicht dem Patienten zugute kommt? Wer macht mit der Krankheit Geschäfte? Tatsächlich sind es zu viele, um sie hier aufzählen zu können. Darüber hinaus werden die Geschäfte zumeist bürokratisch und taktisch gut getarnt. Manche Nutznießer treten auch als Fachleute auf und verhalten sich dementsprechend. Diese negativen Einflüsse können nicht mehr aus der fachlichen Betrachtung der Medizin ausgeblendet werden, weil sie deren Bestandteil geworden sind.

Da klar ist, dass sich mit Bürokratie und Geld allein keine Verbesserung in der medizinischen Betreuung in Deutschland erreichen lässt, bedarf es neuer Strategien. Hieran knüpft ein weiterer *Punkt* auf der Liste der Störfaktoren an und verweist auf die utopische Verwaltung des Medizinsektors, der im Grunde genommen inzwischen zu einem Verwaltungssektor mutiert ist, in dem Ärzte, Schwestern und Pflegepersonal kaum vertreten sind.

Der toxische Mix aus Gewinnsucht und Bürokratie dringt bereits bis in die ärztliche Tätigkeit vor. Er setzt Ärzte unter Druck, Maßnahmen zu ergreifen, die nicht wissenschaftlich fundiert, sondern von bürokratischen Anmaßungen erzwungen sind. Das Ausmaß ist daher zumindest schädlich, wenn nicht gar als pathologisch zu bezeichnen.

Die Chancen für den Patienten, die optimale Therapie zu erhalten, werden auch durch ande-

re Umstände, die zur Erkrankung führen, dezimiert. Die medizinische Wissenschaft hat ihren Glauben an die generelle Machbarkeit durch den technischen Fortschritt vor allem deswegen bewahrt, weil viele alte und pflegebedürftige Menschen nur mit dem entsprechenden Equipment am Leben gehalten werden können. Die Ärzte in den Krankenhäusern treffen die „fertigen“ Kranken und müssen aus humanitären Gründen und nach dem ärztlichen Ethos handeln. Sie können die Entwicklung der einzelnen Krankheiten nicht mehr aufheben, sondern müssen den gegebenen Zustand eines Patienten hinnehmen. Sie sind gezwungen, etwas zu tun, um dem Patienten die Leiden zu nehmen oder diese wenigstens zu lindern. Die Ärzte in unseren Krankenhäusern setzen den weltweit höchsten Standard bei ihrer Tätigkeit um, arbeiten physisch und psychisch häufig am Limit und sind dennoch häufig Verunglimpfungen ausgesetzt. Diese Situation kann korrigiert werden, wenn sich die Umstände bessern und sich der Druck, der auf ihnen durch den Einfluss der Ökonomen und der Zahl der zu behandelnden Fälle lastet, verringert. Den Ärzten die alleinige Verantwortung überlassen zu haben, für das Wohlergehen der Patienten zuständig zu sein, gehört zu den größten Verfehlungen der Medizinorganisatoren (Gesundheitspolitiker, Krankenkassen, Versicherungen, Ärzteverwaltung).

Der Zwang zur spezialisierten Behandlung hat sich auf die Krankenhäuser besonders deswegen verlagert, weil es die Medizin an der Basis nicht geschafft hat, im größeren Stil die Krankheiten abzufangen.

Ein wichtiges Ziel der Basismedizin besteht darin, der Medizin in ihrem wesentlichen Kern, nämlich Heilkunst für den *individuell besonderen* Menschen zu sein, wieder einen festen Stand zu verschaffen. Die Erkenntnisse der Grundlagenwissenschaften sollen angewandt, eigene Strategien umgesetzt und die Krankenhäuser endlich entlastet werden. Die Grundlage der Basismedizin ist die medizinische Systemtheorie, die vom Menschen als eine Einheit der Elemente der Stammesgeschichte, des biologischen Designs, des psychischen Daseins und der individuellen Selbstorganisation ausgeht.

1.2 Dialektik in der Medizin

Warum benötigt die Medizin philosophische Kategorien?

Das ergibt sich aus dem stets gegebenen Fragenkatalog: Warum sind Ordnungsprinzipien als Richtlinien für die Gattungen notwendig? Warum brauchen wir ethische Konzepte für das Gesundheitssystem (weniger für Ärzte als für fachfremd Mitwirkende)? Warum sind präzise Begriffsdefinitionen nach den bereits erfolgten Relativierungen der Diagnosen unabdingbar? Warum benötigt die Medizin Krankheitsmodelle und warum diese Systemtheorie und Vorstellungen von Emergenz? Warum muss Medizin die insbesondere zwischen Realität und Vorstellung differenzieren? Warum ist die Relativierung von Aussagen insbesondere in der Medizin von Bedeutung? Warum wird die Pathogenese statisch über solitäre Diagnosen definiert und nicht über eine dialektische Dynamik?

Darauf und auf viele andere Fragen gibt die Basismedizin eine Antwort.

Grundsätzlich gilt: Als erkenntnistheoretische Methodik in der Basismedizin zählt einerseits das Prinzip der *Approximation*, das besonders in selbstorganisierten biologischen Systeminterdependenzen von Bedeutung ist. Andererseits wird die Stabilität der basismedizinischen Hypothesen über die Definition der *invarianten Merkmale* eines Systems oder Begriffes hergestellt.

Ohne den Antwortkatalog der Basismedizin wird es nur schwer möglich sein, das Wesen der Medizin wieder zur unverkennbaren Entität zu verhelfen. Die Dialektik hinterfragt, favorisiert Dynamik, löst Widersprüche und lässt neue entstehen, bewertet Qualität im Verhältnis zu Quantität, hinterlässt Sicherheiten für Arbeitshypothesen und disqualifiziert unter anderem realalternative Außenseiter. Kritische Methoden optimieren die Suche nach Ergebnissen objektiv und nach Wahrhaftigkeit subjektiv. Welche Wissenschaft braucht das momentan mehr als die Medizin? Eine in sich widerspruchslöse Aussage wird als konsistent bezeichnet. Die Erfahrung vieler Patienten, dass sie von „jedwedem Arzt“ eine andere Meinung hören, ist eine nicht wohl-

klingende, doch sich stets und ständig wiederholende Äußerung. Die Aussagen der Ärzte können häufig deswegen keiner gebotenen Konsistenz entsprechen, da ihnen eine gesicherte *einheitliche* Operationsbasis dafür fehlt.

Die Komplexität der Gegebenheiten, die dazu beitragen, dass der gesunde Mensch zum Patienten wird, liegt in den wechselseitigen Beziehungen von Disposition, Exposition und Psyche, die von Prioritätskaskaden unterschiedlicher Dynamik getragen werden. Selbst der Begriff der Interdependenz im erweiterten Sinne würde nicht die Dialektik ersetzen. Denn aus ihr spricht das Verständnis der sich stets wandelnden Dynamik alles Seienden. Für die Ärzte heißt das, die sich wandelnden Zustände des Patienten im Kontext zu erfassen, Zuordnungen herauszufinden und Maßnahmen abzuwägen.

1.3 Wichtige Inhalte der Basismedizin

Die Basismedizin versteht sich als Lehre, weil unsere akademischen Krankheitsmodelle hinter der Zeit zurückgeblieben sind. Die Ausbildung der Ärzte beschränkt sich auf eine phänomenologische Psychologie und eine diffuse Ätiopathogenese. Evolutionäres und epigenetisches Gedankengut bleibt in der medizinischen Lehre weitgehend ausgespart. Dadurch geht das Verständnis verloren, den Ausbruch des Menschen aus dem Naturreich in die Gedankenwelt der Zivilisation in dem Verständnis über die Pathogenese unterzubringen. Empathie benötigt auch Inhalte. Digitale Verfahren sollen den werdenden Arzt stattdessen in Zukunft fit dafür machen, mit Patienten zu kommunizieren. Philosophische Denkweisen werden nicht vermittelt, was darüber hinaus epistemologische Defizite mit sich bringt. Naturgemäß zeichnet das besondere Einfühlungsvermögen und das „Helfenwollen“ beinahe jeden Arzt aus. Das bringt ihm dem Patienten nahe. Der Arzt wird von Beginn seiner Ausbildung an darauf geprägt, dass Diagnosen feste, den Naturwissenschaften entsprechende, parametrisch abgesicherte Fakten darstellen. Der Natur der Sache nach handelt es sich dabei allerdings um geistige Reflexbilder aus der Realität, aus dem, wie man sie bewertet, aus den

geltenden Meinungen (Mainstream) und aus der inneren Wahrnehmung mit dem Anteil eigener Bewusstheit.

Die Basismedizin baut sich didaktisch auf, weil sie praktikabel und verständlich sein muss. Zunächst wird zwischen biologischer und psychologischer Disposition differenziert und die Interdependenzen in ein dynamisches Krankheitsmodell eingearbeitet. Dann werden die Stufen der Krankheitsentwicklung durchlaufen, vom Status nascendi bis zur spezifischen Krankheit im klassischen Sinne. Eigene Methoden geben dem Arzt Möglichkeiten in die Hand, in jeder Entwicklungsstufe der Krankheit einzugreifen. Die jeweilige therapeutische Methode soll Heilung mit größter Wahrscheinlichkeit erreichen. Der Begriff Medizin benötigt eine spezifische Definition – eine „eigene“ Entität. Daraus leiten sich die allgemeinen Forderungen der Basismedizin ab:

- a) Die Basismedizin beginnt am Umschlagpunkt, an dem die Selbstheilungskräfte des menschlichen Individuums zu versagen drohen.
- b) Die Basismedizin bringt die allgemeinen Erkenntnisse aus den Grundlagenwissenschaften

ten, empirischen Erhebungen und den einzelnen Fachdisziplinen in einen Kontext mit der physischen und psychischen Selbstorganisation des Menschen.

- c) Die Basismedizin bemüht sich um einen flexiblen Anschluss an die Grundlagenwissenschaften, die adäquaten neuen fachspezifischen Erkenntnisse und die Erfahrungserweiterung mithilfe der Fachdisziplinen.
- d) Die basismedizinischen Methoden sind approximativ. Bei der Interpretation von Daten ist das von Bedeutung. Die Methoden des Erkenntnisgewinns bleiben flexibel, sodass Abstraktionen auf verschiedenen Metaebenen möglich sind, um konstruktiv am medizinischen Fortschritt mitarbeiten zu können. Die Grundprinzipien des Erkenntnisprozesses bilden in der Basismedizin demnach Approximation, Induktion, Deduktion und Abstraktion (Akronym: AIDA).
- e) Die Basismedizin bricht mit den dogmatischen Aufteilungen der medizinisch bedeutsamen Institutionen und fördert deren Einheit:

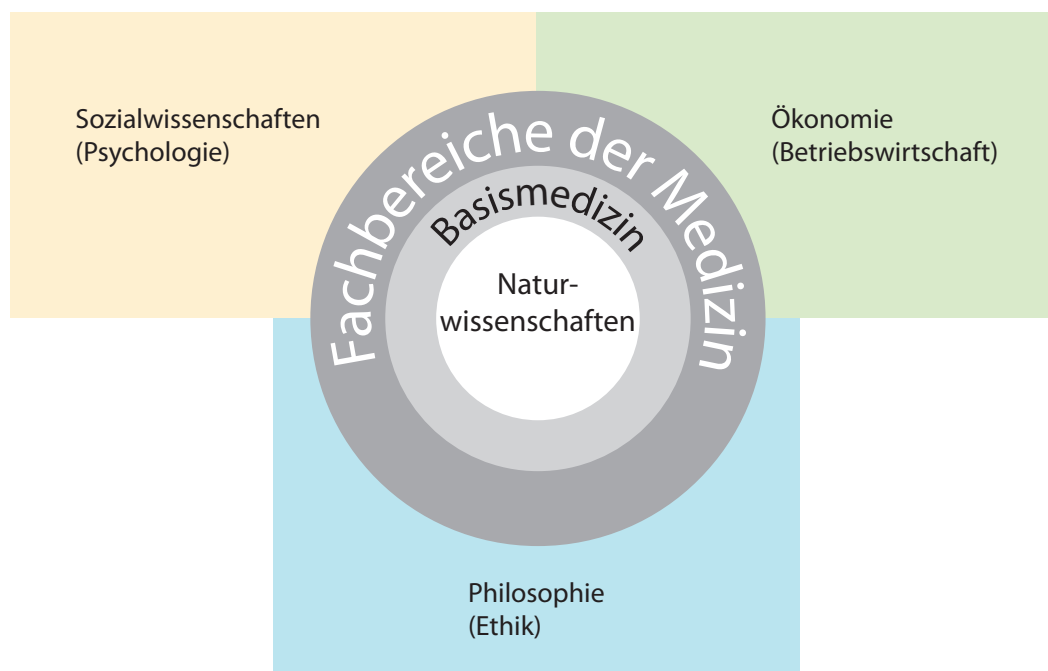


Abb. 1: Schema über den Aufbau des Medizinsektors

2. Disposition als personalisierte Kategorie

Die Menschheit ist aufgrund der Coronavirus-Pandemie mit einem neuen Ereignis konfrontiert, das Wissenschaftler zwar vorhergesagt haben, aber die Gesellschaft dennoch unvorbereitet getroffen hat. Infolge des massiven und weitgehend tragischen Geschehens sind neue Fragen aufgetreten, aber auch solche, die schon länger im Raum stehen, wie die, warum der eine mit schweren bis letalen Folgen zu kämpfen hat, ein nächster nur leichte Symptome zeigt und wieder ein anderer die Krankheit, in diesem Fall eine Infektion, symptomlos übersteht. Die alleinige Antwort für die unterschiedliche Resilienz von einzelnen Menschen in Gendefekten zu suchen, ist inzwischen überholt. Die Zahl und die gesamtgesellschaftliche Relevanz der angeborenen Erkrankungen, die keiner Mutation entsprechen, sind zu gering, um sie kausal zu exponieren. Das heißt, dass im Wesentlichen die Epigenetik und die Schaltmuster im Gehirn inklusive der Psyche maßgeblichen Anteil an der Qualität der persönlichen Widerstandsfähigkeit besitzen. Auf diesen Ansatz muss sich die Medizin zurzeit noch konzentrieren, da zwar die Bedeutung von „regulären“ evolutionären Einflüssen – zum Beispiel von Retroviren – auf die Physis der Säugetiere erkannt worden ist, doch der Zugang noch versperrt bleibt. Bis praktische Strategien verwertbar sind, geht es darum, das bereits Erkannte umzusetzen. Wichtig bleiben dabei, die vorsichtigen Einschätzungen der Physis einzubeziehen und natürlich die „Kraft“ der Psyche zu nutzen, um Resilienzen zu fördern.

Es geht zunächst einmal darum nachzuweisen, wodurch die individuellen Anfälligkeiten bedingt sind. Das heißt, es müssen Hinweise auf die Differenzierungen der Widerstandskraft des Einzelnen herausgearbeitet werden, um sie in wirksame Betreuungsstrategien in der Medizin integrieren zu können. Nur unter Zuhilfenahme verlässlicher Daten und zielführender Thesen ließe sich ein erneuernder Impuls für die Medizin auslösen. Über allem steht die Erkenntnis a priori, dass die Krankheit, abstrakt gesehen, ein Reaktionsmuster des Organismus eines Patienten darstellt. Das ist ein deutlicher Indikator für die Individualität der Pathogenese.

Doch diese Erkenntnis stellt heute keinen Leitansatz für die medizinische Betreuung mehr dar. Das medizinische Denken hat sich von den Grundlagen des Krankheitsgeschehens in die Spezifik der pathologischen Destruktionen begeben. Das ist verständlich, denn die schweren Schicksale erzwingen eine intensive Hinwendung. Doch die epidemiologische und ethische Beherrschung der Pathogenese muss die Priorisierung in den Stufen Prävention, Frühintervention, flächendeckende Therapiekonzeption und dann erst in der Intensivbetreuung gewährleisten. Die Basis- und Systemmedizin nehmen sich dieses Problems seit 25 Jahren an und entwickelten entsprechende Betreuungsstrategien.

2.1 Die physische Disposition

2.1.1 Einführung in die Thematik

Um überhaupt eine individuelle Medizin betreiben zu können, ist die Erfassung von individuellen Krankheitsdispositionen obligat. Diese gehen ihrem Wesen nach aus der Registrierung genetischer Parameter und biografischer Disproportionen hervor. Dabei helfen in erster Linie familiäre Bioprädiktoren und psychogene Aberrationen. Diese müssen bei der Diagnostik in die Klasse der Risikofaktoren implementiert werden, um eine akzeptable Synopsis der Charakteristika der Patientenpersönlichkeit erstellen zu können. Im fortgeschritteneren Krankheitsstadium tritt diese Anforderung zurück, da in diesem Moment die Wiederherstellung der Unversehrtheit im Vordergrund steht. Heute werden häufig die Beschreibungen der Varianten der individuellen Phänomene der Destruktion des Organismus – zumeist Tumoren – als Voraussetzung für die individualisierten Gegebenheiten angesehen. Doch das trifft nicht den Kern der medizinisch zu bewertenden Individualität. Diese ist vielmehr auf der Seite des Individuums zu suchen, nicht auf der Seite der Krankheit. Spezifizierung und Individualisierung unterliegen in der populären Medizin einer Verwechslung. Gegenüber der jeweils bestehenden habituellen Disposition sind Krankheiten Variationen. Mit der Erfassung

der Kombination von der individuellen Disposition, der Bewertung der Expositionsfaktoren, der Exploration hinsichtlich der Lebensführung und der Rückschau auf die spezifische Krankheitsentwicklung würde die Differenzierung der Varianten der Krankheitsphänomene auf einer validen Basis stehen. In der Basismedizin gilt die Pathogenese als dynamisches Prinzip, die sich von einem schwer zu definierenden Beginn, wenn die Kontinuität nicht therapeutisch unterbrochen wird, in die Dysregulation bis zur hin zur Destruktion entfaltet.

Als Krankheit muss der *gesamte Prozess*, der im Organismus eines Individuums abläuft – vom Status nascendi bis zum Tod – angesehen werden. Ihre Kennung erhält sie aus Kriterien der Biologie, der Psyche und der Emergenz der differenzierten Systemstrukturen des Menschen.

Die Wahrung einer wie auch immer gearteten Ganzheit des Menschen ist eine alte, doch nie erfüllte Forderung aller Heilslehren. Die derzeit noch unüberschaubare Kombinationsvielfalt der konstituierenden Elemente verlangt ein angemessenes Herangehen an die Problematik. Da alle diagnostischen und therapeutischen Verfahren in der Basismedizin als approximativ und adaptiv gelten, werde auch alle pathologischen Phänomene – die Symptome – unter dem System- bzw. Ganzheitsaspekt als Störung der Homöostase (bezogen auf den gesamten Menschen als System) verstanden. Da im fortgeschrittenen Krankheitsstadium ein komplexes multiples Organversagen empirisch keine Ausnahme bildet, erscheint es nur sinnvoll, diese stets drohende Dysregulation des gesamten Organismus rechtzeitig in Betracht zu ziehen.

Ohne in die Tiefe der Geschichte und die Vielfalt der ideellen Entwürfe des Ganzheitsprinzips eintauchen zu müssen, kann sich einer Ganzheit über die Verwendung von Elementen der Systemtheorie so gut angenähert werden, dass sich ein praktikables Konzept erstellen lässt. Grundlage einer solchen Theorie bildet die habituelle Disposition des Menschen, in der die familiär nachweisbaren Bioprädiktoren in der gegenwärtigen Situation der Forschung und Praxis wahrscheinlich die besten Möglichkeiten für die Prognose und die therapeutische Frühintervention

bieten. Die Epigenetik (Evo-Devo) erscheint für den Praktiker noch zu abstrakt, um sie in umsetzbare Konzeptionen aufnehmen zu können.

Auf diversen hypothetischen Metaebenen bestehen offenkundig jeweils variable oder fixierte Dispositionen. Die optionalen Erkenntnisse darüber sind gegenwärtig für den Arzt zwar verwertbar, doch vorrangig aus empirischer Sicht. Ohne die Verbindung zu einer empirischen Agglomeration herzustellen, wird die Epigenetik für die Ärzte keine Bedeutung erlangen. Den Zugang zur individuellen Disposition kann über verschiedene Kanäle erfolgen. Im Allgemeinen sind die erhofften Erkenntnisse mittels genetischer Kennungen von Krankheiten ausgeblieben. Die Biomarker sind an die Stelle von Gendefekten getreten. Über die Qualität von singulären Attributen gehen sie allerdings nicht hinaus. Die meisten anerkannten Biomarker gibt es auf dem Gebiet der Onkologie. Aussagen zur Spezifität und Sensitivität werden in der Regel umgangen, da die Bestimmung von Biomarkern nicht die Quantität der technischen Untersuchungsmethoden erreichen kann.

Die Basismedizin stützt sich auf den Grundgedanken von Bioprädiktoren und verleiht ihnen das Prädikat eines *qualitativen Messwertes*. Eine Studie mit prospektivem Charakter (Beginn 1996) liefert nachfolgend die Grundlagen für die Notwendigkeit der Stratifizierung von Parametern in der ärztlichen Praxis. Sie sollte als Vorlage für weiterführende Forschungen dienen.

2.1.2 Implementierung der Risikofaktoren (inklusive Biomarker) in die physische Disposition

Das allgemeingültige Prinzip der Einschätzung der determinierenden Bedingungen der Krankheiten stellt einen nach wie vor essenziellen Anspruch der medizinischen Wissenschaft dar. Die Risikofaktoren in Form erworbener Gesundheitsdefizite stehen seit Längerem zur Disposition. Leicht dokumentierbare Verfehlungen in der Lebensweise und der normale Drang, Kausalitäten herzustellen, führen schnell dazu, Erscheinungen wie Adipositas, Bewegungsarmut Alkohol-, Nikotin- und Drogenabusus als zwingend krankheitsauslösend zu favorisieren. Dass Extreme abträglich sind, wird niemand be-

streiten können. Durch die große Medienwirksamkeit solcher Kausaldefinitionen deeskalierte sukzessive das Bedürfnis herauszufinden, wie Krankheit wirklich entsteht, wenn all diese Faktoren keine Rolle spielen. Und die Frage bleibt unbeantwortet, warum Menschen, die durchaus nominell den oben genannten Beeinträchtigungen ausgesetzt waren, dennoch keine dementsprechende Biografie aufweisen. Hinzu kommt, dass häufig der abstrakten Vorstellung einer individuellen Resilienz gefolgt wird. Das führt jedoch zu der gleichen wesensfremden Singularität und Induktion wie bei allen anderen derartigen Gesundheits-Krankheits-Modellen, die in prognostischen Belangen bis zum heutigen Tag regelmäßig versagt haben.

Mit dem wissenschaftlich-technischen Fortschritt hat sich dessen ungeachtet die prognostische Wahrnehmung verändert. Wie jede Methodik in der Basismedizin wird auch dieser Vorgang als Approximation verstanden. Stabilität erlangen die basismedizinischen Hypothesen aus der Definition der invarianten Merkmale eines Systems oder Begriffes und aus ihrer *Praktikabilität*. An dieser Stelle drängt sich die Frage auf: Worauf projiziert der Mediziner die Einzigartigkeit des Menschen?

Immer häufiger wird der Mensch inzwischen wieder als eine sich evolutionär herausgebildete bio-psycho-soziale Funktionseinheit aufgefasst, die durch ihre außergewöhnliche Lernfähigkeit zur Umsetzung kreativer und immer komplexer werdenden Verhaltensmuster befähigt ist. Wie alle Lebewesen ist auch er bestimmten Risiken, die mit seiner Existenz unweigerlich verbunden sind, ausgesetzt. In Bezug auf die verschiedensten Faktoren, die seine individuelle Fitness bestimmen, sind die Erbanlagen maßgeblich. Sie zu erforschen, um Modelle zum Zwecke der Krankheitsvorhersage erstellen zu können, wird seit Jahrzehnten als vordringlichstes Ziel in der Medizin angesehen. Zwar sind dabei unzweifelhaft Erfolge erzielt worden, doch diese haben die hohen Erwartungen, die einst in die molekularbiologische Erforschung gesetzt wurden, nicht erfüllt. Anhand biologischer Merkmale mathematisch-statistische Krankheits- und Lebensprognosen erstellen zu können, gilt inzwischen als eine der unerfüllten Erwartungen, die an die analytische Aufarbeitung des Genmaterials von Menschen gerichtet waren. Das Umorientieren

auf die Stratifizierung der Merkmale der genetischen „Baupläne“ von menschlichen Individuen will indes nicht so recht gelingen. Zumindest resultieren keine für die Praxis verwertbaren Ergebnisse aus dieser Variante der Grundlagenforschung. Um dessen ungeachtet die bereits vorhandenen Erkenntnisse wirksam einzubinden, war es an der Zeit, die vakanten prädiktiven Biomarker in der Praxis auf ihre Verwendbarkeit hin zu prüfen. Dazu soll die im Folgenden vorgestellte Studie einen Beitrag leisten. Sie ist die derzeit einzige Longitudinalstudie, die sich dieser für die Handlungsfähigkeit des ambulant tätigen Arztes unabdingbaren Voraussetzung annimmt. Da die Voraussetzungen für eine breitangelegte Forschung für die Stratifizierung von Biomarkern nicht vorhanden sind, ist es notwendig, sie auf der Basis vorliegender Erfahrungen zunächst zu schaffen. Dieser Aufgabe widmet sich unter anderem die Systemmedizin, die dafür ausgelegt ist, eine interdisziplinäre Zusammenarbeit zu etablieren, sodass die bestehenden Ergebnisse der Grundlagenforschung zum Nutzen für die Patienten in die ärztliche Praxis Eingang finden. Über die inzwischen vorhandenen digitalen Voraussetzungen in den Praxen und das Bemühen, Forschung in die klientelnahe ambulanten Praxen zu verlagern, ließe sich das ohne zusätzlichen Aufwand umsetzen.

Mit dem Aufschwung der Genforschung, der neurologischen Wissensumbrüche und der Evidence-Based-Medicine (EBM) zu Beginn und zur Mitte der 1990er Jahre ist die Erneuerung in der Medizin prinzipiell schon eingeleitet worden. In Form der EBM kam vor allem der Versuch ins Spiel, wissenschaftliche Präzision in den Verfahren der Therapie zu realisieren. Obgleich jeder Wissenszuwachs positive Aspekte in sich trägt, erzeugt der Anspruch der EBM gleichzeitig Misstrauen gegenüber der empirischen Sphäre der ambulant tätigen Ärzte, wodurch diese wissenschaftlichen Modelle, im akademischen Bereich isoliert, die Daseinsberechtigung für den Einsatz von Pharmaka, Technik und Guidelines zwar erbrachten, doch speziell in der ambulanten ärztlichen Praxis nicht zum erhofften Grundpfeiler einer neuen Erkenntnisstruktur avancieren konnte. Ein unterschwelliger Zweifel an ihrer Arbeit verunsicherte zudem die Ärzte.

Die Erkenntnisabläufe (empirischen Bilanzen) in der direkten Praxis wurden in den letzten