

✉ H. Walach

Agenten statt Patienten

Die Krankheitswirtschaft ist in der westlichen Welt der größte Wirtschaftsfaktor und gesamtgesellschaftlich gesehen in Europa wohl der größte Arbeitgeber. Wir haben überall in Europa hervorragende Versorgungssysteme, vergleicht man sie mit früheren Zeiten und mit ärmeren Ländern, oder mit den USA. Dennoch – oder vielleicht sogar deswegen? – nehmen die Krankheiten, die diese Systeme in ihrer Funktionstüchtigkeit bedrohen, weltweit zu. Die Antworten, die unsere moderne Medizin für viele Probleme bereit hält, sind – gelinde gesagt und milde beurteilt – unzureichend und kritisch betrachtet lächerlich. Ein Beispiel soll das deutlich machen:

Depression wird lt. Schätzungen der WHO ab 2020 die zweitwichtigste Krankheit weltweit sein, die für Arbeitsausfälle verantwortlich sein wird [1–3]. Dabei will uns die biologische Psychiatrie seit mehreren Dekaden glauben machen, das Rätsel sei gelöst. Depression sei eine Gehirnkrankheit heißt es. Serotoninmangel, Dopamin- oder Noradrenalinmangel müssten behoben werden und alles sei gut. Die entsprechenden Arzneimittel waren über Dekaden die Blockbuster der Pharmaindustrie und haben Milliarden Gewinne in die Kassen der Firmen gespült, die sie entwickelt haben. Dutzende von Studien, die jede für sich wohl Millionen an Forschungsgeldern gekostet haben, die natürlich allesamt wieder durch die Verbraucher und letztlich durch die Öffentlichkeit finanziert wurden, sind den Zulassungsbehörden vorgelegt worden. Diese haben entschieden: die Pharmazeutika, die aufgrund dieser biologisch-psychiatrischen Sichtweise entwickelt wurden, sind zur Behandlung der Depression wirksam und zuzulassen. Mindestens ein Drittel dieser Studien wurde nicht publiziert [4]. Dadurch wurde das Bild zugunsten der Präparate verzerrt. Nimmt man alle Studien zusammen, so ergibt die Betrachtung durch die Meta-Analyse, dass die mittlere Effektgröße dieser Medikamente gegenüber Placebo etwa ein Drittel einer Standardabweichung beträgt. Das National Institute of Clinical Excellence (NICE), die englische Agentur, die sich mit der Zulassungsfähigkeit von Produkten und ihrer Wirksamkeit beschäftigt, hatte einmal eine halbe Standardabweichung als Untergrenze dessen angelegt, was eine Intervention im Falle der Depressionsbehandlung erbringen muss, damit sie wirtschaftlich sinnvoll und medizinisch effektiv ist [5]. Die pharmakologische Depressionsbehandlung erfüllt diese Kriterien nicht. Befürworter sagen, die klinischen Studien würden die Realität nicht abbilden. Darin haben sie recht: hier wird meistens eine Positiv-Auswahl von Patienten behandelt, die es so in der Praxis kaum gibt: Patienten mit einer Depression, ohne zusätzliche Angst-, Abhängigkeits- oder Persönlichkeitsprobleme. Im Klartext: die Studien sind eigentlich auf den „durchschnittlichen“ Depressionspatienten in der Praxis gar nicht anwendbar. Aber auch der Versuch, eine praktische Versorgung im klinischen Falle abzubilden – wie in der STAR*D-Studie geschehen – ist nicht sehr vertrauenerweckend. Diese mit 20 Millionen wohl teuerste je von der öffentlichen Hand geförderte Depressionsstudie sah vier Eskalationsstufen vor: zunächst einfache Antidepressiva – Selektive Serotonin-Reuptake Inhibitoren – und wenn diese nicht wirkten, neuere

und komplexere Präparate oder Mehrfachmedikation. Beobachtet wurde ein Jahr lang. Trotz eines elaborierten Behandlungsschemas, breiten Einschlusskriterien und sorgfältiger Nachbeobachtung über ein Jahr war das Gesamtergebnis ernüchternd: Weniger als 50 % der Patienten sind nach einem Jahr gemäß der Definition der Studie genesen (die immer noch sehr großzügig Residualsymptome zuließ) [6]. Eine sorgfältige Reanalyse ergab, dass ein Teil der Daten höchstwahrscheinlich zugunsten der Behandlung ausgewertet wurde und damit der Behandlungseffekt drastisch überschätzt wird, sodass eigentlich gerade einmal ein starkes Drittel der Patienten von den Antidepressiva langfristig profitiert. Der Verdacht wurde geäußert, dass es sich hier um Betrug in großem Stile zum Nachteil der Patienten und der Öffentlichkeit handelt [7], auch das Ende des biologisch-psychiatrischen Modells wurde beschworen [8]. Zusammenfassend betrachtet: Das biologisch-psychiatrische Modell der Depression und die daraus entwickelten Interventionen sind therapeutisch nicht sehr effektiv zur Langzeitbehandlung, und am Vormarsch der Depression als einer offenkundigen Krankheitssignatur unserer Zeit können weder das Modell noch die Interventionen irgend etwas ändern.

Die moderne Medizin, im Fahrwasser eines Maschinenmodells vom Menschen,

behandelt Krankheit als Störfall und den menschlichen Organismus als Maschine. Der Störfall beim Patienten, der ein Leidender und damit auch ein Passiver ist, soll behoben werden, indem der Fehler an der Maschinerie repariert wird. Bei der Depression – so die Idee – liegt der Fehler in den Transmittersystemen des Gehirns. Wenn wir diese reparieren, ist die Depression geheilt. So die Theorie. Praktisch funktioniert dies alles nur sehr begrenzt. Das mag daran liegen, dass wir immer noch zu wenig über die Maschinerie wissen. Dies kann aber auch daran liegen, dass wir vom falschen Modell ausgehen. Vielleicht ist der Organismus gar keine Maschine? Vielleicht ist Depression gar keine Funktionsstörung des Gehirns, bzw. die Funktionsstörung sekundär zu ganz anderen Störungen? Andere Theoriebildungen gibt es genug: Uexküll hat darauf hingewiesen, dass wir zeichenverarbeitende Organismen sind und Krankheit besser als Passungsstörung eines Organismus mit seiner Umwelt zu charakterisieren sei [9–11]. Die Symptome würden uns darauf hinweisen, wo wir nach einer Passungsstörung zu suchen haben. Aber die Behebung dieser Störung ist meistens genauso komplex wie die Symptome und die Störung selber [12]. Im Falle der Depression müssten wir höchstwahrscheinlich nicht nur das Gehirn und seine innere Balance betrachten, sondern auch die Balance des Individuums mit seiner Umwelt und die Beziehungssysteme einer Person mit ihrer weiteren Umgebung bis hin zu gesellschaftlichen und ökonomischen Realitäten.

Meyer-Abich vom Institut für Philosophie der Univ. Essen hat kürzlich gezeigt, dass Krankheit nur dann sinnvoll zu verste-

hen ist, wenn wir sie als Störung des Mitseins konzipieren [13]. Zentral in all diesen Entwürfen ist: der Mensch ist ein aktives, handelndes Wesen. Wir planen, treffen Entscheidungen und sind aktiv. Von uns aus. Und Krankheiten sind Störungen in diesem Tätigsein, in diesem Agent-Sein. Das biologische Maschinenmodell entmündigt den Menschen und macht ihn zum passiven Leidenden und Leistungsempfänger medizinischer Heilungshandlungen. Das mag in akuten Notfällen die richtige Haltung und eine passende Abstraktion und Modellbildung sein. Solche akuten Notfälle – Infektionen, Epidemien, Unfälle, Verletzungen – waren die Hauptprobleme, als sich die Medizin als naturwissenschaftlich orientierte praktische Wissenschaft moderner Machart entwickelt hat. Diese Modellbildung vom Organismus als Maschine versagt aber in fast allen eher chronischen und funktionellen Störungen und das ist die Hauptlast der heutigen medizinischen Tätigkeit. Wenn wir es nicht lernen, Patienten als Handelnde, Symptome als aktive Äußerungen des Organismus und Krankheit als das Zeichen einer Störung in den Handlungsmöglichkeiten eines Menschen zu sehen, dann verpassen wir das Wesen von Krankheit und Gesundheit und damit auch die Heilung.

Achtsamkeitsbasierte kognitive Therapie

Achtsamkeitsbasierte kognitive Therapie zur Vermeidung von Depressionsrückfällen, aber auch zur akuten Behandlung der Depression ist besser wirksam als Medikamente und langfristig sogar billiger [14, 15]. In England gehört sie mittlerweile zum Portfolio des öffentlichen Gesundheitssystems NHS. Sie eröffnet die Möglichkeit, dass Menschen aktiv werden und sich ihrer Verantwortung und Agentenschaft, also der Urheberschaft und Verantwortung für ihr Bewusstsein, ihr Handeln und ihr Leben wieder gewahr werden. Damit rührt diese Therapieform an ein Kernproblem der Depression. Menschen mit Depressionen fühlen sich leicht ausgeliefert, hilflos, schutzlos, initiativ- und antriebslos. Die Schulung und Beobachtung des Bewusstseins selbst vermittelt ihnen die Erfahrung, selber am Angelpunkt des Geschehens zu sein, Einfluss nehmen zu können und damit ihr inneres Leben gestalten zu können. Wer begonnen hat, sein inneres Leben zu gestalten, kann dies auch mit dem äußeren leichter tun.

Auch in der komplementärmedizinischen Szene beobachte ich eine Art alternativen Materialismus: man verwendet eben alternative Methoden, sei es Phytotherapie oder Akupunktur oder sonst was, aber das zugrunde liegende Menschenbild oder das konzeptionelle Modell bleibt gleich: der Mensch als passiver Empfänger von therapeutischen Handlungen, in dem Falle halt regulierender Handlungen.

Was wir brauchen, ist die Wandlung der Patienten zu Agenten.

Und die Wandlung der Ärzte von Behandlern zu Mitwandlern. Patienten müssen lernen, für sich, für ihre Gesundheit Verantwortung zu übernehmen und verstehen, dass einem Krankheit – mindestens in seiner chronischen Form – selten einfach widerfährt und wenn sie einen trifft nicht einfach wegzumachen

ist. Sie müssen vielmehr verstehen lernen, dass ihre Krankheit eine komplexe Lebensäußerung ist, die nicht immer, aber oft auch aktives Handeln verlangt: die Umstellung des Lebensstils, Veränderung von Haltungen oder Beziehungen oder dergleichen. Ärzte müssen lernen, dass ihre Hauptaufgabe immer mehr die sein wird, Patienten bei ihren Lebens- und Wandlungsprozessen zu begleiten. Ihnen dabei zu helfen – mit Rat und vielleicht der einen oder anderen Beseitigung von Hindernissen. Und erst wenn wir diese Wandlung in den Köpfen vollzogen haben, aufhören Menschen als Maschinen zu betrachten und Krankheit als Betriebsunfall und Reparaturfall, dann wird sich auch die Medizin so verändern, wie es unserer Zeit gemäß ist. Ich glaube, dies wird kein geringerer Schritt sein als der, den sie ums Jahr 1857 gemacht hat, als mit Virchows Zellulärpathologie die moderne Ära eingeleitet wurde. Sie war nützlich zum Verständnis pathologischer Prozesse, vor allem akuter. Aber diese haben wir nun ziemlich gut in den Griff bekommen.

Die neue Herausforderung ist das Beherrschen der chronischen Krankheiten,

der lebensstilbasierten Erkrankungen und damit der modernen chronischen Epidemien. Dazu wird uns das alte Modell nicht helfen. Es hilft nur, die Kassen derer zu füllen, die sich mit diesem Modell gut arrangiert haben und davon hervorragend leben [16]. Inzwischen macht es aber die Menschen kränker statt gesünder und erhält sie auf einem hohen Niveau der medizinischen Abhängigkeit. Wir leben alle in der kollektiven Massenhypnose, dass das interventionistische Modell der modernen Medizin das bestmögliche ist. Wenn eine Abweichung festgestellt wird, nehmen wir irgendwelche Maßnahmen vor, allzu oft die Einnahme von Medikamenten. Dass wir mit einer Veränderung unseres Lebensstiles und damit durch die Übernahme von Verantwortung möglicherweise viel langfristiger und effektiver im Verhindern von Krankheit wären als durch das therapeutische Eingreifen im Behandeln, das ist kein weitverbreitetes Gedankengut und sehr schlecht untersucht. Warum auch. Momentan leben alle Betroffenen davon, dass es so bleibt wie es ist. Die Pharmafirmen wollen Geld verdienen und haben sich durch einen riesigen Stab von Mitarbeitern und Lobbyisten die Meinung der Ärzte und der Öffentlichkeit gewogen gemacht. Die Funktionäre in den Krankenkassen wollen ihre Jobs, ihre Mitarbeiter und damit ihre Machtfülle auch nicht verlieren. Zur Umverteilung fehlen die Mittel. Also möglichst alles so lassen. Dabei wäre es nicht so kompliziert. Die wichtigsten chronischen Krankheiten ließen sich durch das Umsetzen von fünf Maßnahmen weitgehend verhindern bzw. hinauszögern: sinnvolle und gesunde Ernährung mit ausreichender Zufuhr von Antioxidantien, also mit genug Gemüse und Früchten, Vermeidung von Übergewicht, ausreichende Bewegung, Kultivierung eines stabilen sozialen Netzwerkes. Kultur des Bewusstseins und damit eine Schulung der Aufmerksamkeit und des Einfühlungsvermögens würde uns vor allzu viel unsinniger Aktivität und damit vor Stress und sinnlosem Aktivismus bewahren können. Das dürfte auch der Schlüssel zur Verhinderung von Depression im großen Stile sein. Kultur des Bewusstseins wäre auch der Schlüssel dafür, dass wir unser Miteinander, unsere gesellschaftlichen Makrostrukturen in der Arbeitswelt,

in der Freizeit und im gemeinsamen Leben so verändern könnten, dass die krankmachenden Zustände der Entkopplung von unserer sozialen und natürlichen Mitwelt sich langsam ändern würden. Das wäre sicher nicht der Himmel auf Erden. Aber daraus könnte sich ein wesentlich gesünderes Dasein ergeben in dem Krankheit nicht als Geschäft, sondern als Solidarfall gesehen wird der deshalb ein Solidarfall sein kann, weil im Normalfall durch die Übernahme von Verantwortung jeder einzelne Krankheit so weit als möglich vermeidet.

Eine solche Sicht setzt einen strukturellen Wandel voraus.

Damit ein struktureller Wandel passieren kann, muss es erst einen Wandel des Denkens und einen Wandel der Herzen geben. Der Schlüssel dafür – so scheint mir – ist die Macht des Einzelnen. Die Macht der momentanen Patienten, als Agenten etwas für sich selber zu tun, Verantwortung für sich zu übernehmen und durch eine Mithilfe und einen Wandel im Lebensstil zu ihrer Gesundheit und Gesunderhaltung beizutragen. Und die Macht des Arztes, der durch das, was er verordnet oder nicht verordnet immer noch die mächtigste Position im System innehat. Denn alle Pharmaberater der Welt, alle Macht der pharmazeutischen Industrie ducken sich vor dem mächtigsten Instrument überhaupt: dem Stift des Arztes auf dem Rezeptblock. Ich glaube, der Graben zieht sich nicht zwischen den Disziplinen der konventionellen und der komplementären Mediziner hindurch. Er geht vielmehr durch die Reihen: Es gibt überall solche, die sich darum bemühen, Patienten in ihre Macht und Verantwortung zu stellen und solche, die sie lieber konzeptuell und faktisch in Abhängigkeit halten, sie also als Patienten und nicht als Handelnde, als Agenten sehen. Erst ein solcher Wechsel der Perspektive wird alle anderen Wechsel nach sich ziehen: die Perspektivwechsel in der Forschungsförderung zum Beispiel, die wir brauchen, um von kurzfristigen Feuerlöschstrategien weg zu kommen zu langfristigen, nachhaltigen Projekten der primären Prävention und Gesunderhaltung; oder den Perspektivwechsel in der Ausbildung, um vom Focus des Spezialisten wieder den Weitblick des Generalisten zu bekommen, der das Ganze im Blick hat. Sachlich und faktisch würde das auf eine Stärkung der Allgemeinmedizin hinauslaufen und vielleicht sogar auf ein neues Berufsbild des Gesundheitsbegleiters, eines medizinisch und psychologisch gut geschulten Fachmannes, der nicht Krankheiten behandelt, sondern ihre Vermeidung im Blick hat.

Der Schlüssel zu alledem liegt in den Köpfen der Ärzte

und Verantwortlichen und ist – wie so oft – unbewusst: die Art und Weise, wie wir die Welt sehen, wie wir denken und woraus wir unsere Handlungen ableiten. Thomas Kuhn hat dafür den Begriff Paradigma geprägt. Momentan ist das wirksamste Denkmodell und Paradigma immer noch das Maschinenmodell, das Descartes vor etwa 400 Jahren eingeführt hat. Es macht aus Organismen Maschinen und damit aus Handelnden Passive, aus

Agenten Patienten. Das müssen wir ändern. Wir können es ändern, indem wir uns selber als verantwortlich Handelnde begreifen und unsere Patienten als Agenten. Im Falle von Descartes kam die Wandlung des Denkens aus einem abstrakten Modell der Philosophie, das langsam aber sicher alle Lebensbereiche durchdrungen hat. Heute scheint es so zu sein, dass die Wandlung aus der Praxis kommt. In der Komplementärmedizin sehen wir, wie Patienten es satt haben, als passive Empfänger von therapeutischen Maßnahmen behandelt zu werden. Sie stimmen mit den Füßen ab und gehen zu denen, die sie partnerschaftlich behandeln, die ihre Handlungsautonomie unterstützen und ihre intuitiv ganzheitliche Sicht ihrer selbst und der Welt verstärken. Diese Bewegung wirkt zurück auf die Konzeption der Medizin und ihre Ausübung. Wir können diese Wandlung verstärken, indem wir diese Prozesse bewusst reflektieren und unterstützen: die Wandlung des Patienten zum Agenten.

Literatur

1. Moussavi S, Chatterji S, Verdes E et al. Depression, chronic diseases, and decrements in health: results from the World Health Survey. *Lancet* 2007;370:851–858
2. Üstün TB, Ayuso-Mateos JL, Chatterji S et al. Global burden of depressive disorders in the year 2000. *British Journal of Psychiatry* 2004;184:386–392
3. Costello EJ, Pine DS, Hammen C et al. Development and natural history of mood disorders. *Biological Psychiatry* 2002;52:529–542
4. Turner EH, Matthews AM, Linardatos E et al. Selective publication of antidepressant trials and its influence on apparent efficacy. *New England Journal of Medicine* 2008;358:252–260
5. National Institute of Clinical Excellence: Depression: Management of depression in primary and secondary care. *National Clinical Practice Guidelines* 2005
6. Rush JA, Trivedi MH, Wisniewski SR et al. Acute and longer-term outcomes in depressed outpatients requiring one or several treatment steps: A STAR*D report. *American Journal of Psychiatry* 2006;163:1905–1917
7. Pigott HE, Leventhal AM, Alter GS et al. Efficacy and effectiveness of antidepressants: current status of research. *Psychotherapy and Psychosomatics* 2010;79:267–279
8. Fava GA, Tomba E, Grandi S. The road to recovery from depression - don't drive today with yesterday's map. *Psychotherapy and Psychosomatics* 2007;76:260–265
9. Uexküll T Wesiack W. Theorie der Humanmedizin. Grundlagen ärztlichen Denkens und Handelns. München, Urban & Schwarzenberg, 1988
10. Uexküll T. Naturwissenschaft als Zeichenlehre. *Mercur. Deutsche Zeitschrift für europäisches Denken* 1989;43:225–234
11. Uexküll T. Biosemiotic research and not further molecular analysis is necessary to describe pathways between cells, personalities, and social systems. *Advances. The Journal of Mind-Body Health* 1995;11:24–27
12. Hontschik B. Körper, Seele, Mensch. Versuch über die Kunst des Heilens. Frankfurt, Suhrkamp, 2006
13. Meyer-Abich KM: Was es bedeutet, gesund zu sein. *Philosophie der Medizin*. München, Hanser, 2010
14. Fjorback LO, Walach H. Meditation based therapies - A systematic review and some critical observations. *Religions* 2012;3:1–18
15. Keng S-L, Smoski MJ, Robins CJ. Effects of mindfulness on psychological health: A review of empirical studies. *Clinical Psychology Review* 2011;31:1041–1056
16. Unschuld PU. *Ware Gesundheit. Das Ende der klassischen Medizin*. München, Beck, 2011

Zur Person: Der klinische Psychologe, Philosoph und Wissenschaftshistoriker Harald Walach ist Professor für Forschungsmethodik komplementärer Medizin und Heilkunde an der Europa-Universität Viadrina Frankfurt (Oder). Walach ist Chefredakteur des Journals *Forschende Komplementärmedizin*. Neue Bücher: „Spiritualität“, „Weg mit den Pillen“