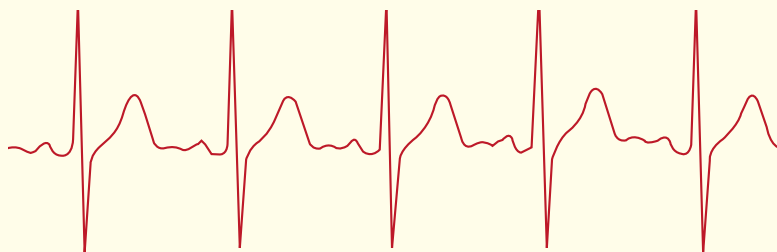


Bernard Lown

# Heilkunst

Mut zur Menschlichkeit



Mit einem Geleitwort von Bernd Hontschik



Bernard Lown

# Heilkunst

---

*Wissen & Leben*



## herausgegeben von Wulf Bertram

---

Zum Herausgeber von „Wissen & Leben“:

**Wulf Bertram**, Dipl.-Psych. Dr. med., geb. in Soest/Westfalen. Studium der Psychologie und Soziologie in Hamburg. War nach einer Vorlesung über Neurophysiologie von der Hirnforschung so fasziniert, dass er spontan zusätzlich ein Medizinstudium begann. Zunächst Klinischer Psychologe im Univ.-Krankenhaus Hamburg-Eppendorf, nach dem Staatsexamen und der Promotion in Medizin psychiatrischer Assistenzarzt in der Provinz Arezzo/Italien und in Kaufbeuren. 1985 Lektor für medizinische Lehrbücher in einem Münchener Fachverlag, ab 1988 wissenschaftlicher Leiter des Schattauer Verlags, seit 1992 dessen verlegerischer Geschäftsführer. Ist überzeugt, dass Lernen ein Minimum an Spaß machen muss, wenn es effektiv sein soll. Aus dieser Einsicht gründete er 2009 auch die Taschenbuchreihe „Wissen & Leben“, in der wissenschaftlich renommierte Autoren anspruchsvolle Themen auf unterhaltsame Weise präsentieren. Bertram hat eine Ausbildung in Gesprächs- und Verhaltenstherapie sowie in Tiefenpsychologischer Psychotherapie und ist neben seiner Verlagstätigkeit als Psychotherapeut und Coach in eigener Praxis tätig.

Bernard Lown

# Heilkunst

---

Mut zur Menschlichkeit

Deutsche Übersetzung von Helga Drews

Mit einem Geleitwort von Bernd Hontschik

 **Schattauer** BALANCE 

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

**Besonderer Hinweis:**

In diesem Buch sind eingetragene Warenzeichen (geschützte Warennamen) nicht besonders kenntlich gemacht. Es kann also aus dem Fehlen eines entsprechenden Hinweises nicht geschlossen werden, dass es sich um einen freien Warennamen handelt. Das Werk mit allen seinen Teilen ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der Bestimmungen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne schriftliche Zustimmung des Verlages unzulässig und strafbar. Kein Teil des Werkes darf in irgendeiner Form ohne schriftliche Genehmigung des Verlages reproduziert werden.

Autorisierte deutsche Ausgabe bestehend aus ausgewählten Teilen von Bernard Lown's Blogs

<http://bernardlown.wordpress.com/> und <http://thelownconversation.com/>

Authorized translation of the German language edition of selected parts of Bernard Lown's blogs  
<http://bernardlown.wordpress.com/> and <http://thelownconversation.com/>

Doctor both to patients and to the World; Medical technology – A deadly encounter; A Maverick's Lonely Path in Cardiology; The Coronary Artery Entrapment; Thumpversion for the Tasered; Memories of Pain Beyond the Power of Healing; Black Blood Must Not Contaminate White Folks; Hard Wiring of Racism in the USA; A Chair to the Rescue; Salt: Culprit or the Stuff of Life?; Doctor as scientist, healer, magician, business entrepreneur, small shopkeeper, or assembly line worker – which is it?; The Doctor as a Placebo; "Widow-makers" and Other Unfortunate Things Doctors Say; When Words Can Be Lethal; The Roots of 'Medical Bullying'; That 'High' Feeling Patients Get from Positive Doctors; Time Spent with Patients a Critical Factor in the National Health Crisis; A Patient's Chief Complaint is Rarely the Problem; Why the House, M.D. Approach Only Works on TV; Our Tendency to 'Medicine Shop'; Can a Handshake Reveal Health Problems?; "Oh doctor, one more thing . . ."; Wives, Yes; Husbands, No; Power to the people: Patient in command; Doctors Don't Listen; Reflections on a Half Century of Medical Practice: The art of listening to the elderly patient; Science, Technology and What Really Heals Patients; Medical Overtreatment is the Order of the Day; The Lost Touch; When a Touch is Worth a Thousand Tests; When the inventor is treated with his own invention; What Patients Really Want; Ivan Pavlov is alive and well, though forgotten; Sudden Cardiac Death: Resuscitation or Resurrection?; A Troubled Patient © 2014 by Bernard Lown

© 2015 by Schattauer GmbH, Hölderlinstraße 3, 70174 Stuttgart, Germany

E-Mail: [info@schattauer.de](mailto:info@schattauer.de)

Internet: [www.schattauer.de](http://www.schattauer.de)

Printed in Germany

Übersetzung: Dr. Helga Drews

Projektleitung: Dr. Nadja Urbani

Umschlagabbildung: © Thomas K. – [photocase.de](http://photocase.de); © a\_sto – [photocase.de](http://photocase.de);

© van dalay – [photocase.de](http://photocase.de); © Lown Institute

Satz: am-productions GmbH, Wiesloch

Druck und Einband: CPI – Ebner & Spiegel, Ulm

Auch als eBook erhältlich:

978-3-7945-6947-2

ISBN 978-3-86739-113-9 (BALANCE buch + medien verlag)

ISBN 978-3-7945-3125-7 (Schattauer)

## Geleitwort

Bei manchen Namen habe ich mich schon gefragt, ob es einen Menschen dieses Namens wirklich gibt. Zu groß schienen mir das Werk und das Wirken für einen einzelnen Menschen. So ging es mir auch mit dem Namen Lown, bevor ich den wirklichen Menschen kennengelernt habe, der den Namen Bernard Lown trägt.

Wenn man in der Medizin tätig ist, muss man nicht unbedingt Kardiologe sein, um den Namen Lown schon einmal gehört zu haben. Die Einteilung der Herzrhythmusstörungen ‚nach Lown‘ gehört zum Grundwissen, zu den sogenannten ‚Basics‘ für jeden Medizinstudenten, für jeden Arzt. Als Student habe ich diese Einteilung zur Kenntnis genommen und mir bei dem Namen nichts weiter gedacht. Später habe ich überrascht festgestellt, dass es sich um denselben Bernard Lown handelt, der für bahnbrechende Erfindungen auf dem Gebiet der Kardioversion und der Defibrillation bekannt geworden ist, der sogar zu den Erfindern des Defibrillators gehört, wie er heute in jeder Bahnhofshalle, in jedem Notfallkoffer zu finden ist.

Wenn man dazu noch politisch interessiert ist, begegnet man dem Namen Lown schon wieder. Ist das wirklich derselbe Mann mit diesem Namen, der gemeinsam mit dem russischen Arzt Chasow 1985 den Friedensnobelpreis erhalten hat für den Kampf der von ihm mitgegründeten IPPNW gegen den Wahnsinn der weltweiten atomaren Aufrüstung? Ja, das ist derselbe Mann. Ist das derselbe, der mit Reagan, Gorbatschow und den Mächtigen dieser Welt gestritten hat, auf den sie sogar gehört haben bei den kleinen, mühsamen Schritten zu diesen und jenen Abrüstungsverträgen? Ja, das ist derselbe Mann.

Der inzwischen über neunzigjährige Bernard Lown hat schon einmal ein Buch mit einem denkwürdigen Titel ge-

schrieben: „Die verlorene Kunst des Heilens“. Vielfach übersetzt und weltweit diskutiert hilft dieses Buch bis heute vielen Ärztinnen und Ärzten, nicht an den politischen und ökonomischen Zerstörungsattacken gegen die Humanmedizin zu verzweifeln, sondern für eine menschliche, nicht-industrialisierte Medizin zu kämpfen.

Mit dem lapidaren Titel „Heilkunst“ legt nun erneut der Schattauer Verlag den Folgeband zur „Verlorenen Kunst des Heilens“ vor. Es handelt sich um über fünf Jahre im Internet veröffentlichte Essays zu quasi allen wichtigen Fragen zwischen Gesundheit und Krankheit, und sozusagen als Sahnehäubchen um einen Online-Blog mit seiner Enkelin Melanie. Das sind nicht die üblichen Erinnerungen eines großen Arztes. Nein, das ist viel mehr. Mit dem Furor eines Mahners und Anwalts der Menschlichkeit geißelte er schon in der „Verlorenen Kunst des Heilens“ die Zerstörung der ärztlichen Tätigkeit durch die Industrialisierung des Gesundheitswesens: „Ein profitorientiertes Gesundheitswesen ist ein Oxymoron, ein Widerspruch in sich. In dem Augenblick, in dem Fürsorge dem Profit dient, hat sie die wahre Fürsorge verloren.“ Und so ist auch dieses Buch voller Verknüpfungen zwischen menschlichen Schicksalen und ärztlichem Tun, voller Verbindungen zwischen ärztlichem Denken und politischem Handeln, voller Weisheiten über das Schicksal von Menschen und über das Schicksal der Menschheit.

Lown ist ein berühmter Arzt. Lown ist ein begeisterter Wissenschaftler. Lown ist politisch, weil er von ganzem Herzen Arzt ist. Und: Lown ist ein begnadeter Erzähler. Diese Kombination ist etwas ganz besonders Wertvolles. Mögen Zitate aus diesem Buch in jedem Arztzimmer, in jedem Wartezimmer, auf jedem Krankenhausflur ausgehängt werden.

Frankfurt am Main, im Juli 2015

Bernd Hontschik

## Vorwort

Die Krise im Gesundheitswesen ist ein weltweites Problem, sie hat auch vor Deutschland nicht haltgemacht. Zwei unterschiedliche Kräfte halten die Medizin im Würgegriff: der Einfluss von Wissenschaft und Technologie und die Dominanz der Märkte. Erstgenannte Macht resultiert aus der allgemein verbreiteten Illusion, dass Ärzte in erster Linie Wissenschaftler seien mit einem naiven Glauben an die Magie der Technologie. Den zweiten Einfluss – und das ist weitaus gefährlicher – nehmen die Märkte. Sie agieren so, als wenn es sich bei der Medizin um ein Unternehmen handele.

Die Gesundheitsfürsorge ist zu einer riesigen Industrie geworden, ein auf die Kliniken zentriertes Krankheitssystem, das weitgehend von finanziellen Anreizen bestimmt wird. Wie bei jedem Unternehmen ist die Profitabilität ein wesentlicher Faktor. Medikamente werden angepriesen, komplexe Prozeduren gefördert und Patienten werden zu ärztlichen Eingriffen animiert.

Rund um die Uhr bombardieren Nachrichten eine leichtgläubige Öffentlichkeit mit Gesundheits„informationen“. Es vergeht kaum ein Tag, an dem nicht bahnbrechende Erkenntnisse oder neu identifizierte Gefährdungen für die Gesundheit und das Wohlbefinden triumphierend verkündet werden. Eine ganze Gesellschaft wird medikalisiert – Jung und Alt thematisieren wie in einer Dauerschleife ihre Leiden.

Hausärzte sind eine vom Aussterben bedrohte Spezies. Spezialisten beherrschen auch den letzten Winkel des Gesundheitswesens. Diese Verlagerung betrifft Ansehen, Einkommen und Arbeitsbedingungen, der Hausarzt ist mittlerweile der Proletarier unter den im Gesundheitswesen Tätigen. Er muss viele Stunden arbeiten, erhält einen nur



geringen Lohn, seine Zeit für die Patienten ist kurz bemessen und seine Eigenverantwortung bei Entscheidungen ist verlorengegangen.

In diesem technologischen Zeitalter stehen die Patienten nicht länger im Mittelpunkt. Ärzte sind zu Lieferanten für anonyme „Kunden“ geworden, ihr Einkommen wird von der Zahl der durchgeführten Tests und Prozeduren bestimmt. Das Resultat ist vorhersagbar: Tests nehmen um ein Vielfaches zu, Medikamente werden im Übermaß verschrieben und unnötige technologische Interventionen in großer Zahl durchgeführt. Überbehandlung ist die Regel, eine Falschbehandlung viel zu oft das Ergebnis. Die Unzufriedenheit der Patienten wächst. Gleichzeitig erhalten viel zu viele Amerikaner eine unzureichende oder überhaupt keine ärztliche Behandlung.

Ich möchte kein Unruhestifter sein und zur Zerstörung von Maschinen aufrufen. Für viele Patienten ist das System lebensrettend und macht sogar Wunder möglich. Ich bewundere nicht nur die bemerkenswerten wissenschaftlichen und technologischen Fortschritte, sondern habe selbst auch einen Teil dazu beigetragen. Wer könnte etwas gegen Herztransplantate haben, gegen Robotergliedmaßen, Hörimplantate, das Ausmerzen der Pocken und die Heilung zuvor unheilbarer Krankheiten? Die Liste der Fortschritte ist lang und aner kennenswert. Die Wissenschaft ist das Wunder der Moderne, die Technologie ihr verlängerter Arm.

Beunruhigend ist jedoch der Faust'sche Pakt, der sich im Dickicht des Establishments des Gesundheitswesens verbirgt. Wenn die Märkte die Medizin beherrschen, ist der Patient lediglich ein Produkt. Jahrtausendalte und geheiligte hippokratische Traditionen werden damit aufgegeben. Die Sorge um das Wohl der Patienten ist nicht länger das Hauptanliegen eines Arztes. Die kurze Zeit, die den Visiten zugebilligt wird, beeinträchtigt das Zuhören und konzentr-

riert sich auf die im Vordergrund stehende Klage – ohne Berücksichtigung der psychosozialen Stressbelastungen, die für den Großteil der Probleme verantwortlich sind, die den Patienten in erster Linie zum Arzt führen.

Ganz offensichtlich existiert hier ein Paradoxon. Trotz enormer medizinischer Erfolge ist das Ansehen der Medizin niemals zuvor in diesem Jahrhundert beschädigter und ihr Ratschlag fragwürdiger, ja suspekter gewesen. In einer Zeit, in der Ärzte Außerordentliches für das Heilen von Krankheiten und das Verlängern von Leben anzubieten haben, ist die Öffentlichkeit dem ärztlichen Berufsstand gegenüber argwöhnischer, misstrauischer und geradezu feindselig geworden.

Die folgenden Betrachtungen, manche im Dialog mit meiner Enkelin Melanie, sollen aufrütteln und Diskussionen provozieren, die zu Veränderungen in der Gesundheitsfürsorge führen. Unser Anliegen ist es, eine breite Öffentlichkeit sowie den ärztlichen Berufsstand daran zu erinnern, dass die Medizin eine Berufung, nicht aber eine Geschäftsangelegenheit ist. Es war Rudolf Virchow, der unter den Giganten der Gesundheitsfürsorge des 19. Jahrhunderts die Ansicht vertrat, dass Ärzte die natürlichen Anwälte sowohl der Kranken als auch der Armen und Gebrechlichen seien.

Wieder einmal danke ich Dr. Helga Drews für ihre Übersetzung unseres komplexen englischen Textes in flüssiges Deutsch und dem Schattauer Verlag für die Vermittlung unserer Ansichten einer breiten deutschen Öffentlichkeit.

Boston, im Mai 2015

Bernard Lown

# Inhalt

## Mut

### Hinsehen, Begreifen, Verändern

---

1	Arztsein sowohl für die Patienten als auch für die Welt . . . . .	3
2	Medizinische Technologie – eine tödliche Begegnung . . . . .	9
3	Der einsame Weg eines Außenseiters durch die Kardiologie . . . . .	16
4	Wie von den Koronararterien Besitz ergriffen wurde . . . . .	39
5	Thumpversion oder die Umkehr von Herzrhythmusstörungen durch einen Faustschlag . . . . .	64
6	Erinnerungen an Schmerzen verheilen nicht . . . . .	75
7	Schwarzes Blut darf weiße Menschen nicht kontaminieren . . . . .	80
8	Rassismus und kein Ende . . . . .	95
9	Ein Stuhl als Rettung . . . . .	105
10	Salz: Verderbnis oder Lebenselixier? . . . . .	116
11	Der Arzt als Wissenschaftler, Heiler, Zauberer, Unternehmer, Einzelhändler oder Fließbandarbeiter – Was trifft zu? . . . . .	123

# Menschlichkeit

## Zuhören, Berühren, Heilen

---

12	Der Arzt als Placebo . . . . .	151
13	„Witwen-Macher“ und andere unglückselige Dinge, die Ärzte sagen . . . . .	163
14	Wenn Worte töten können . . . . .	166
15	Die Wurzeln der „ärztlichen Schikane“ . . . . .	171
16	Wie ich unter Verdacht geriet, meinen Patienten Marihuana zu verabreichen . . . . .	174
17	Zeit für den Patienten als kritischer Faktor in der Krise des nationalen Gesundheitssystems . . . . .	178
18	Die Hauptklage ist nur selten das Problem . . . . .	186
19	Weshalb die Zuwendung des Dr. House nur auf dem Bildschirm wirkt . . . . .	189
20	Unser Drang zum „Medizinladen“ . . . . .	192
21	Kann ein Händedruck gesundheitliche Probleme enthüllen? . . . . .	195
22	„Oh, Herr Doktor, nur noch eine Sache ...“ . . . . .	199
23	Ehefrauen ja, Ehemänner nein . . . . .	203
24	Power to the people: Der Patient führt das Kommando! . . . . .	214

25	Ärzte hören nicht zu. . . . .	228
26	Die Kunst, alten Patienten zuzuhören. . . . .	231
27	Wissenschaft, Technologie und was Patienten wirklich heilt. . . . .	238
28	Medizinische Überbehandlung als Normalfall. . . . .	241
29	Die verlorene Berührung . . . . .	244
30	Wenn eine Berührung tausend Tests wert ist . . . . .	254
31	Wenn der Erfinder mit seiner eigenen Erfindung behandelt wird . . . . .	257
32	Was Patienten wirklich wünschen. . . . .	260
33	Iwan Pawlow ist lebendig und munter – jedoch vergessen . . . . .	264
34	Plötzlicher Herztod: Wiederbelebung oder Auferstehung? . . . . .	277
35	Eine verstörte Patientin . . . . .	293

Mut

---

Hinsehen, Begreifen, Verändern

This page intentionally left blank

# 1 Arztsein sowohl für die Patienten als auch für die Welt

Einführungsvortrag University of New England  
College Osteopathic Medicine  
Portland, Maine

Meine heutige Aufgabe ist einfach: Ihnen zu gratulieren und einen oder auch zwei Gedanken mit Ihnen zu teilen, Sie herauszufordern und Sie hoffentlich nicht mit hochtrabender Rhetorik und müden Plattitüden zu belasten. Derartige Reden sollten kurz und erhebend sein – und sofort vergessen werden. Vor langer Zeit habe ich gelernt, dass eine Rede nicht unendlich lang sein muss, um unsterblich zu werden.

Obgleich ich Sie im Einzelnen nicht kenne, weiß ich Sie in Ihrer Gesamtheit zu würdigen für Ihre unglaubliche jugendliche Spannkraft, Ihren gesunden Menschenverstand und die fein geschärfte Intelligenz.

Sie sind eine gesegnete Gruppe. In Zeiten, in denen sich Studenten nach dem Examen unsicheren und tristen Zukunftsaussichten gegenübersehen, sind Sie gefragt, werden gebraucht, werden angeheuert und werden sofort eine dauerhafte und produktive Nische in der amerikanischen Gesellschaft finden.

Sie treten jetzt in einen Beruf ein, der in seiner Tradition nobel, jedoch zutiefst belastet ist mit Problemen, wie die Gesellschaft sie hat, aus der diese Tradition stammt. Dass wir ein funktionsgestörtes Gesundheitssystem haben, ist heute allgemein bekannt. Gesundheit in unserem Land stellt einen dreisten Widerspruch dar. Obwohl wir riesige Summen investieren, ist ein Drittel der Bevölkerung finanziell nur unzureichend gegen unvorhergesehene Krankheiten geschützt. Die Zahl der Nicht-Versicherten hat 47 Mil-



lionen erreicht, und zusätzliche vierzig Millionen haben keinen angemessenen Versicherungsschutz. Mit der gegenwärtigen Rezession und Depression steigen diese Zahlen noch weiter an. Das Problem ist nicht durch unzureichende Finanzierung bedingt. Die jährlichen Ausgaben in den USA liegen heute bei etwa 2,5 Billionen Dollar oder bei 16 % unseres Brutto-Inlandprodukts. Wir geben fast das Doppelte an Gesundheitskosten aus im Vergleich zu den anderen neunundzwanzig industrialisierten Ländern (OECD).

Man sollte erwarten, dass mit solch riesigen Ausgaben der Gesundheitszustand unserer Bevölkerung als der beste in der Welt eingeordnet würde. Tatsache ist jedoch, dass die entsprechenden Zahlen in den Vereinigten Staaten von Amerika denen in anderen industrialisierten Ländern hinterherhinken bei solch soliden Parametern wie Lebenserwartung bei Männern und Frauen und einer Reihe anderer harter Fakten. Zwischen 1991 und 2000 kostete die Unfähigkeit, eine medizinische Standardversorgung für Afroamerikaner zu liefern, 886.000 Menschenleben. Laut der Weltgesundheitsorganisation liegen die USA unter 191 Ländern an peinlicher 37. Stelle der Gesundheitsbelange. Wir leiden an einer fragmentierten, bürokratisierten Anzahl von „Heimarbeitsindustrien“, die fälschlicherweise als Gesundheitssystem bezeichnet werden.

Außerordentlich verstörend ist der Verlust einer moralischen Orientierung. Statt von den Bedürfnissen eines Patienten gelenkt zu werden, wird die Medizin zunehmend von ökonomischen Grundsätzen gesteuert. Wie Dr. Marcia Angell, frühere Herausgeberin des „New England Journal of Medicine“, einmal schrieb: „Der Grund, weshalb sich unser Gesundheitssystem in derartigen Schwierigkeiten befindet, besteht darin, dass es dazu dient, Profit, nicht aber Gesundheitsfürsorge zu liefern.“

Ich gebe zu, dass ich von einer noch tiefer gehenden pathologischen Erscheinung beunruhigt bin, nämlich der

kränkelnden Arzt-Patient-Beziehung, der Distanzierung des Arztes vom Patienten. Der Akzent verlagert sich vom Eingehen auf den Patienten in Richtung Zurückhaltung. Statt den Menschen als Ganzes zu betrachten, konzentrieren wir uns auf unsere Spezialgebiete, auf das in seiner Funktion gestörte Organ statt auf das leidende menschliche Wesen. Die einmalige Individualität eines Patienten verschwindet. Sie wird einem Körperteil untergeordnet.

Zunehmend haben wir es mit chronischen Krankheiten zu tun sowie mit den vielen Beschwerden, die das Altern begleiten. Lassen Sie mich das Offenkundige wiederholen: Für den Tod und das Altern gibt es keine Gesundung. Patienten sehnen sich jedoch danach, geheilt zu werden. Der Heilprozess steht über dem Verordnen von geeigneten Medikamenten und Prozeduren. Er verlangt die Mobilisierung positiver Erwartungen und die Stärkung des Vertrauens in die Hilfeleistung des Arztes innerhalb einer emotional unterstützenden Beziehung. Zahlreiche Studien belegen, dass Zuwendung und Fürsorge dem Patienten mehr bedeuten als alle Anerkennungsurkunden und Diplome eines Arztes.

Es wird berichtet, dass ein Engel enttäuscht von den himmlischen Freuden war. Er stieg zur Erde herab und eröffnete eine Arztpraxis. Der erste Patient klagte über den Sehverlust in einem Auge und über Lähmung einer Gliedmaße. Der Engel berührt ihn und sogleich sieht und läuft der Patient – eine wundersame Heilung. Beim Hinausgehen hört er den Geheilten vor sich hin murmeln: „Ein typischer Arzt, er hat sich nicht einmal die Mühe gemacht, eine Anamnese zu erheben.“

Um heilen zu können, muss man vor allen Dingen lernen, zuzuhören. Zuwendung wird ausschließlich durch Worte vermittelt. Das Gespräch kann ein Therapeutikum sein. Es ist eines der unterschätzten Werkzeuge in der Ausrüstung des Arztes. Das therapeutische Gespräch ist eine große Kunst. Es verscheucht Unsicherheit, dämpft Angst,

erweckt Vertrauen, verstärkt die Fähigkeit auszuharren und begünstigt dadurch die Genesung.

Intellektuelle Anregung erhält der Arzt weitgehend vom Umgang mit Menschen, nicht mit der Pathologie. Er ist der Betrachter eines Panoramas des menschlichen Charakters, seiner Motive und Handlungen; es ist ein Wandteppich, dessen Gewebe mehr Reichtümer enthält als die Dramen von Shakespeare oder die Romane von Tolstoi.

Das zweite Motiv in dieser kleinen Predigt bezieht sich auf die soziale Verantwortung oder Tätigkeit jenseits des Krankenbettes. Ich glaube zutiefst daran, dass Ärzte sich sozial engagieren sollen, um Erfüllung zu finden und ihrer ärztlichen Mission nachzukommen.

50 Jahre zuvor habe ich eine überzeugende Lektion gelernt. Zu jener Zeit ermutigte die US-Regierung die Menschen, unterirdische Bunker zum Schutz gegen einen atomaren Angriff zu errichten. Obgleich diese Idee in höchstem Maße verrückt war, überschwemmte sie das Land. Eine kleine Gruppe von Ärzten fand sich in Boston als „Ärzte für Soziale Verantwortung“ (PSR oder „Physicians for Social Responsibility“) zusammen. In unserer Eigenschaft als Akademiker untersuchten wir die Auswirkungen eines Multi-Mega-Tonnen nuklearen Angriffs auf Boston. Resultat unserer Studie waren fünf Artikel, die im „New England Journal of Medicine“ publiziert wurden. Die Wirkung war enorm und nachhaltig. Wir wiesen überzeugend nach, dass unterirdische Bunker wahrscheinlich der schlimmste Aufenthaltsort im Falle eines nuklearen Angriffs waren. Es gab überhaupt keinen Platz, um sich zu verstecken. Unsere Publikationen beendeten das Errichten unterirdischer Schutzräume als ungeeignete Verteidigungsmaßnahme gegen einen nuklearen Angriff. Sie trugen auch dazu bei, atomare Tests in der Atmosphäre zu stoppen.

Als der Kalte Krieg in den späten 1970er-Jahren an Intensität zunahm, wandten wir uns an sowjetische Ärzte für

die Schaffung der Organisation „Internationale Ärzte für die Verhütung des Atomkriegs“ (IPPNW), eine spektakuläre Organisation, die half, Millionen von Menschen auf die nukleare Bedrohung aufmerksam zu machen. Es gelang uns, bis in die höchsten Ränge der politischen Macht vorzudringen. Dass die Welt nicht von unmittelbarer Auslöschung bedroht ist, geht zu einem nicht geringen Teil auf unsere Anstrengungen zurück. Auch wenn das Damokles-Schwert noch nicht in die Scheide gesteckt wurde, so sitzt es doch wenigstens nicht länger an der Kehle der Menschheit. Ärzte haben geholfen, dies zu erreichen.

Ich habe gelernt, dass das soziale Gewissen kein Luxus nur für die Wohlmeinenden, sondern eine Notwendigkeit für uns alle ist, um human zu bleiben.

Eine letzte Vignette: Als ich in Sachen IPPNW kreuz und quer durch die Welt reiste, erfuhr ich, dass man zwar überall in der Welt Coca Cola kaufen, jedoch kein einwandfreies Trinkwasser bekommen kann. Verunreinigtes Wasser ist aber zu 80 % die Ursache aller Erkrankungen weltweit. Während fast eine Milliarde Menschen unterernährt sind und von einem Dollar am Tag leben, wird eine Kuh in Japan in der Höhe von 7,50 Dollar subventioniert. In Afrika sterben täglich 1.200 Kinder an Masern, deren Verhütung nur ein paar Cent pro gerettetes Leben kosten würde. Solche Statistiken sind Tatsachen, die einen zum Weinen bringen.

Darüber hinaus habe ich gelernt, dass Angehörige des Gesundheitswesens in Entwicklungsländern weniger Wert auf unsere Technologien als vielmehr auf Verbindungen untereinander sowie mit der Welt legen. Im Jahr 1987 rief ich eine Gruppe namens SatelLife ins Leben, und kurz darauf schickten wir niedrig fliegende Satelliten ins All. Da diese um die Pole kreisten, berührten sie vier Mal am Tag jeden Punkt der Erde (häufiger als wir Post in Boston empfangen).

Wir waren die Ersten, die E-Mail in Afrika etablierten. Zu isolierten medizinischen Mitarbeitern stellten wir Verbindung her, den Bibliothekaren, die nach Informationen hungerten, lieferten wir relevante Zusammenfassungen aus den besten medizinischen Zeitschriften. Wir verliehen den Menschen, die bisher in Stillschweigen gelebt hatten, eine Stimme.

Mein Anliegen ist, Ihnen aufzuzeigen, dass Sie, wenn Sie das Unsichtbare sehen, das Unmögliche vollbringen können. Ich richte diese Worte vor allem deshalb an Sie, weil es meine Überzeugung ist, dass Sie einen Unterschied machen können. Um dem Leben einen Sinn zu geben, müssen Sie sich die Worte des afroamerikanischen Dichters Langston Hughes zu Herzen nehmen:

*Halte an Träumen fest,  
denn wenn Träume sterben,  
ist das Leben gleich einem Vogel,  
dem die Schwinge gebrochen sind  
und der nicht fliegen kann.*

Der schönste Traum beinhaltet, dass menschliche Wesen eines Tages den Namen „human“ verdienen. Deshalb dränge ich Sie, mit dem Vorwärtstreben nicht aufzuhören. Ein Patient mit Schmerzen sehnt sich nach Ihrer heilenden Berührung. Eine verstörte Welt wartet auf Ihre verständnisvolle Umarmung.

## 2 Medizinische Technologie – eine tödliche Begegnung

Ich begegnete Ed K. erst, nachdem er gestorben war – seines Ablebens war ich mir jedenfalls sicher. Damit begann eine Erfahrung, deren Ende ebenso bizarr war wie ihr Anfang.

Ein langweiliger Winternachmittag zog sich endlos hin. Ich wertete Elektrokardiogramme für das Peter Bent Brigham Hospital aus, an dem ich in den frühen 1950er-Jahren als „Postdoc“ bei dem berühmten Kardiologen Dr. S. A. Levine tätig war. Das dreimonatige Training war die reinste Langeweile. Plötzlich stürzte eine atemlose, höchst aufgeregte Krankenschwester von der allgemeinen Männerstation, die auf der anderen Seite des Korridors lag, herein. Sie verkündete, dass Herr K. seinen „endgültigen Herzstillstand“ erlitten habe.

„Kommen Sie schnell“, drängte sie mich, „ich konnte keinen Pflichtassistenten finden.“

„Was soll das denn alles, und wer ist Herr K.?“, fragte ich, als wir zurück zu ihrer Station rasten. Aber sie war mit dringlicheren Dingen vollauf beschäftigt und sah keine Notwendigkeit, meine Neugier zu befriedigen.

Am Krankenbett angelangt, sah ich mich einem alten Mann gegenüber, der eindeutig tot war. Er atmete nicht, die Haut war marmoriert mit einer bläulichen Verfärbung, die Gliedmaßen waren schlaff, die Pupillen erweitert, Schaum tröpfelte aus seinem offenen Mund. Das Elektrokardiogramm lief und druckte Bündel von nutzlosem Konfetti aus, auf dem nichts als die gerade Linie eines stillgestandenen Herzens geschrieben stand. Herr K. war jenseits allen Lebens.

Wenn das stillstehende Herz eine gerade Linie statt unregelmäßiger Zacken im EKG zeigt, hat alle kardiale

Aktivität aufgehört. Selbst in der heutigen Zeit, in der modernere Methoden zur Verfügung stehen, sind Wiederbelebungsversuche nach wie vor oft vergeblich. Man muss sich vergegenwärtigen, dass sich das Ereignis, von dem ich berichte, in einer Zeit zugetragen hat, in der Kouwenhoven und seine Gruppe an der Johns Hopkins Medical School die Wirkung der äußeren Brustkompression, die sogenannte Herzmassage, noch nicht demonstriert hatten. Darüber hinaus besaß das Peter Bent Brigham Hospital noch keinen äußerlich anwendbaren Wechselstrom-Defibrillator, der gerade in Mode kam. Die Patienten starben vorzeitig, oft unnötigerweise und ohne großes Aufheben.

„Wie lange dauert sein Herzstillstand schon an?“, fragte ich die Krankenschwester, um herauszufinden, ob überhaupt etwas getan werden sollte. Sie öffnete das EKG-Gerät, schaute auf die verbliebene Rolle des EKG-Papiers und verkündete, dass die finale Episode vor etwa viereinhalb Minuten eingetreten sei. Sie erklärte, dass, als sie gerade eine neue Rolle EKG-Papier eingesetzt hatte, Herr K. seinen vierten Herzstillstand an diesem Tag erlitten habe. Jeder vorangegangene Herzanfall habe nach weniger als dreißig Sekunden spontan geendet. Als dieser letzte nicht aufhörte, ließ sie den EKG-Streifen laufen und raste auf der Suche nach Hilfe los. Sie wusste, dass eine EKG-Rolle fünf Minuten lang aufzeichnen konnte – und etwa 90 % davon waren bereits aufgebraucht. Dies war eine lange Zeit ohne einen Herzschlag. Schon ein fünfminütiger Herzstillstand kann ein in seinen Funktionen schwer geschädigtes Gehirn zurücklassen.

Als ich das EKG sorgfältig examinierte, bemerkte ich überrascht winzige, kaum wahrnehmbare Wellen, die in einem regelmäßigen Rhythmus von etwa 280-mal pro Minute hochschossen. Diese gingen von den oberen Herzkammern, den Vorhöfen, aus. Ärzte nennen diese Art von kardialen Mechanismus Vorhofflimmern. Im Allgemeinen

reagieren die Ventrikel auf die Hälfte der ankommenden flatterigen Wellen. Bei Herrn K. waren die raschen elektrischen Impulse jedoch auf dem Weg zu den Herzkammern vollkommen blockiert.

Da Herr K. trotz seines hoffnungslosen klinischen Erscheinungsbilds noch immer ein Fünkchen Leben zeigte, war ich tollkühn genug, einem damals gängigen Ritual zu folgen, und injizierte Adrenalin direkt in sein Herz. Kaum hatte ich die lange Nadel durch die Brustwand gestochen und das Herz punktiert, als sich eine spontane ventrikuläre Kontraktion einstellte, die von weiteren regellosen Herzschlägen gefolgt war. Nach der Adrenalin-Injektion beschleunigte sich die Pulsfrequenz auf dreißig Schläge pro Minute. Überraschenderweise war Herr K. mit diesem sehr langsamen Herzschlag imstande, einen regelrechten Blutdruck aufrechtzuerhalten.

Er war jetzt mein Schützling, und ich wich nicht mehr von seinem Krankenbett.

Ich erfuhr, dass Herr K. in den vergangenen Monaten an Ohnmachtsanfällen gelitten hatte, die durch einen kompletten Herzblock bedingt waren. Dies war damals – nicht selten bei alten Menschen – ein potenziell tödlich endender Zustand, der heutzutage ohne Weiteres durch Implantieren eines Herzschrittmachers behoben werden kann. Sein Zustand resultierte aus einer Unterbrechung der elektrischen Signale im Herzen. Der normale elektrische Impuls geht von einem biologischen Schrittmacher aus, einem Bündel von speziellen Nervenzellen, die im rechten Vorhof beheimatet sind. Dieses Bündel wird als Sinusknoten bezeichnet. Es besitzt die unheimliche Fähigkeit, sechzig bis achtzig oder mehr Herzschläge zu erzeugen und dies mit der Präzision eines Uhrwerks ein Leben lang. Ein Bündel an Nerven, die als elektrisches Kabel dienen, verbindet den Sinusknoten mit den Ventrikeln, den dynamisch pulsierenden Kammern des Herzens, die Blut durch den gesamten Körper



befördern. Bei Herrn K. war dieses den Sinusknoten und die Ventrikel verbindende Bündel unterbrochen. Er hätte dringend einen Schrittmacher gebraucht – der aber war noch nicht erfunden. Selbst Dr. Paul Zolls externer Schrittmacher lag noch 50 Jahre in der Zukunft. Da bei Herrn K. ein kompletter Herzblock bestand, betrug seine Pulsfrequenz nur achtundzwanzig bis zweiunddreißig Schläge pro Minute und stieg auch bei Anstrengung und Aufregung nicht an.

Es war ein Wunder, dass Herr K. noch am Leben war. Weitere Wunder sollten folgen. Nach ungefähr achtundvierzig Stunden begann er, auf schmerzhaft Reize zu reagieren. Nach einer Woche war er recht munter, wenngleich noch benommen. Ich war erstaunt, dass er keinen irreversiblen Gehirnschaden davongetragen hatte, obwohl er etwa zehn Minuten lang ohne ausreichende Blutzirkulation geblieben war. Nach einer weiteren Woche war Herr K. wieder sein gutes altes Selbst. Seine Familie entdeckte keinerlei Störungen in seinem Gedächtnis, seinem Denken oder seiner Persönlichkeit.

Herr K., den ich später Ed nannte, war ein Mann in seinen späten Sechzigern, der keinen einzigen Tag in seinem Leben krank gewesen war. Er war ein fröhlicher älterer Herr, früher als Verkäufer von Kinderkleidung tätig, jetzt pensioniert. Ed strahlte eine unbefangene Gutmütigkeit aus, die von einem Leben herrührte, in dem er sich bei allen beliebt zu machen wusste, wobei er in jedem einen potenziellen Kunden sah. Er war anspruchslos, besaß einen gesunden Menschenverstand und die Fähigkeit, mit jeglicher Art von Menschen unkomplizierte Beziehungen herzustellen. Er stammte aus einer armen Familie und hatte nur die Volksschulbildung erfahren. Seine häufigen jüdischen Witze waren von scharfer spitzer Selbstkritik geprägt.

Ed war froh, am Leben zu sein. Abgesehen vom Unvermögen, einer Straßenbahn nachzurrennen, ohne übermäßig

außer Atem zu geraten, war er noch immer geplagt von einem Herzen, das nur zu halber Leistung fähig war. Ich erwartete die Wiederkehr von Ohnmachtsanfällen, aber nichts geschah. Nach ein paar Jahren hörte ich auf, mir Sorgen zu machen.

Ich versuchte, seine Pulsfrequenz mit Ephedrin, einem Adrenalin-ähnlichen Medikament, zu beschleunigen, brach die Therapie aber ab, da sie ihn nervös machte. Trotz meiner trüben Vorahnungen ging es ihm bemerkenswert gut. Er meldete sich als Ehrenamtlicher in meinem Krankenhaus und arbeitete für eine der Oberschwestern, die Ed als ein Gottesgeschenk ansah. Schon sehr früh am Morgen erschien er gut gelaunt, kein Job war ihm zu nieder, jeder stellte eine Herausforderung dar. Er sortierte die Vorräte im Arzneimittelschrank und räumte in den Wäschelagern auf. Wo immer er auch arbeitete: Er brachte eine schöne Ordnung und gute Laune mit. Dies hielt viele Jahre hindurch an.

Ed war durch seinen Herzblock jetzt nur noch psychisch beeinträchtigt. Dies drückte sich in einem ungewöhnlichen Fehlverhalten, in einer seltsamen Form von Schlaflosigkeit, aus. Der Schlaf kam in kleinen Portionen von einstündigen Intervallen. Ed stellte den Wecker auf eine Stunde. Wenn er geweckt wurde, stellte er die Uhr um eine weitere Stunde vor und schlief wieder ein. Dies wiederholte er die ganze Nacht hindurch. Wenn er den Wecker nicht auf diese Art und Weise stellte, konnte er nicht schlafen. Ed versuchte erst gar nicht, diese Absonderlichkeit zu rechtfertigen. Wenn man ihn danach fragte, entgegnete er, dass er sich die Nacht hindurch vergewissern wolle, dass er noch am Leben sei. Seine Frau war aus dem Schlafzimmer ausgezogen. Seine Familie war so froh, ihn wieder in ihrer Mitte zu haben, dass sie diese besondere „Macke“ ignorierte. Ed gedieh; er hatte keine internistischen Beschwerden und nahm keine Medikamente.

Zwölf Jahre verstrichen ereignislos. Dann – als ich eines Tages mit einem führenden kardiologischen Chirurgen auf einem Krankenhauskorridor im Gespräch war – entdeckte ich Ed, der auf uns zukam. In wenigen Worten beschrieb ich seine bemerkenswerte Krankengeschichte. Als Ed bei uns angelangt war, stellte ich ihn dem Chirurgen vor, der sogleich nach seinem Puls griff. „Meine Güte, Sie haben aber einen langsamen Herzschlag! Ich kann das reparieren.“ Weiterhin wurde nichts gesagt, als jeder von uns seinen Weges ging.

Einige Monate später wurde ich benachrichtigt, dass Ed nicht mehr am Leben sei. Als ich mich kundig machte, was geschehen war, erfuhr ich, dass er auf dem Operationstisch während einer Thorakotomie zwecks Einpflanzung eines Schrittmachers verstorben sei. Der Chirurg, der die Operation durchführte, war derjenige, dem ich Ed auf dem Krankenhauskorridor vorgestellt hatte. Diese zufällige kurze Begegnung hatte sein Schicksal besiegelt.

Bei der Erinnerung an diese letzte Szene überfällt mich ein quälendes Schuldgefühl. Es war, als sei ein leichtgläubiges Lamm einem verführerischen Löwen vorgeworfen worden. Wenn auch niemand ein solches Ende hätte erwarten können – hätte nicht wenigstens ich die möglichen Folgen ahnen müssen? Wo war meine kreative klinische Fantasie an jenem Tag? Sollte ich nicht vermutet haben, dass ein Patient mit einer chirurgisch offenbar korrigierbaren Veränderung – wird er erst einmal einem Chirurgen vorgestellt – zu einer Operation überredet werden würde?

Wie kann der Zustand eines weitgehend symptomfreien Patienten durch eine riskante Prozedur verbessert werden, die in ihrem Kielwasser mögliche ruinöse Komplikationen mit sich bringt? Dem Mann ging es gut; es bestand keine Veranlassung, etwas zu verbessern, das bereits in Ordnung war.

Selbst nach seinem Ableben fuhr Ed fort, meine Wachsamkeit als Arzt zu schärfen. Aufgrund jener Erfahrung ersparte ich zahllosen Patienten mit einem langsamen Herzschlag die Einpflanzung von Schrittmachern. Es widerstrebt mir, symptomfreie Patienten zu einer Operation zu schicken – es sei denn, es gab zwingende Beweise, dass ansonsten ihr Überleben auf dem Spiel stand. Wissenschaftliches Beweismaterial ist überaus wichtig, es sollte aber den gesunden Menschenverstand nicht übertrumpfen. Bei all meinen Begegnungen mit Patienten versuchte ich zu ergründen, was sie wirklich quälte. Nur so kann ein Arzt der alten Berufung als Heiler gerecht werden.

### 3 Der einsame Weg eines Außenseiters durch die Kardiologie

Soeben habe ich meinen neunzigsten Geburtstag hinter mich gebracht, da erinnere ich mich beim Schreiben an Machiavellis Ermahnung beim Empfangen der letzten Ölung auf seinem Sterbebett: „Schwören Sie dem Teufel ab und umarmen Sie den Herrn“, intonierte der Priester. Ein langes Schweigen. Dann flüsterte Machiavelli: „Es ist nicht die Zeit, neue Feinde zu machen.“

Lassen Sie mich mit einem Geständnis beginnen. Ich habe während meiner Laufbahn gefährlich unorthodoxe Ansichten nicht nur gehegt, ich habe sie auch in die Tat umgesetzt. Die Tatsache, dass ich mich erst im Jahr 2007 aus eigenen Stücken aus der ärztlichen Praxis zurückziehen durfte und nicht schon Jahrzehnte zuvor meine ärztliche Lizenz abgeben musste, war entweder ein ungeheuerliches bürokratisches Versehen oder ein Akt göttlicher Fügung. Obwohl meine ärztliche Gesetzesverletzung niemals verdunkelt oder verborgen wurde, haben sie nur wenige wahrgenommen.

Mein abweichlerisches Verhalten bedeutete eine scharfe Abkehr von den gängigen Normen der ärztlichen Praxis. Ich schätzte ein solches Verhalten als einen Akt zivilen Ungehorsams ein, für den ich mich bereitwillig hätte bestrafen lassen. Aber traurigerweise hat niemand innerhalb oder außerhalb der Behörden etwas gemerkt.

Also: Was soll das alles? Auch wenn Sie nicht auf dem Gebiet des Gesundheitswesens tätig sind, so dränge ich Sie dennoch, durch das sumpfige Gelände des medizinischen Jargons zu waten. (Die Anmerkungen am Ende des Kapitels sollen einige Unverständlichkeiten dieses medizinischen Kauderwelsches klären helfen.) Dieses Kapitel beschäftigt sich mit der rasch zunehmenden Industrialisierung des

Gesundheitssystems, ein kritisches Thema für das weitreichende Wohl der Bevölkerung.

Vor gut 40 Jahren hörte ich auf, die meisten Patienten mit stabiler koronarer Herzkrankheit (KHK) zur kardialen Angiografie zu überweisen. (1) Diese Prozedur erlaubt, das Ausmaß der Herzkranzgefäß-Verschlüsse sichtbar zu machen. Was bewog mich zu dieser Sinnesänderung? Das Problem war, dass fast alle, die sich einer Angiografie unterzogen, am Ende der Chirurgie zugeführt wurden, nämlich einer Herzkranzgefäß-Einpflanzung (= CABG für Coronary Artery Bypass Grafting, auch „Cabbage“ ausgesprochen).

Was könnte falsch sein an einer Verbesserung des Blutzuflusses zum Herzen durch die Aufhebung der Blockade in einer verschlossenen oder verengten Arterie? Eine derartig vernünftige Maßnahme fände die Zustimmung eines jeden Klempners, der sich einer blockierten Wasserleitung gegenüber sieht.

Aber das Herz ist nun mal keine Wasserleitung. Wenn ein Herzkranzgefäß verengt oder blockiert ist, verfügt das Herz über einen eingebauten Verteidigungsmechanismus. Es entwickelt ein kollaterales Netzwerk von kleinen Gefäßen, um das verminderte Angebot an Nährstoffen und Sauerstoff zu kompensieren.

Die Beseitigung eines anatomischen Verschlusses durch chirurgische Herumbasterei – oder später mit Stent-Einpflanzungen – kann letztlich nicht die Lösung sein. Was immer die Überzeugungen der Kliniker sein mögen, jedes Verfahren muss durch Beweise legitimiert werden. Ohne Beweismaterial fehlt es dem ärztlichen Vorgehen an wissenschaftlicher Sanktionierung. Darauf beruht ein zweiter Einwand gegen den Ansturm auf die koronare Bypass-Chirurgie. Es gab keinen Beweis, dass diese sowohl das Überleben als auch die Lebensqualität günstiger beeinflusste als die optimale medikamentöse Behandlung von Patienten mit stabiler koronarer Herzkrankheit. (2)