

**Gunter Frank (2012): Schlechte Medizin. Ein Wutbuch. (Bad medicine. A Book of anger). München: Knaus-Verlag in der Verlagsgruppe Random House. 287 Seiten, € 16,99. ISBN: 978-3-8135-0473-6.**

Wenige Tage, nachdem mir mein älterer Sohn, ein Internist, das Buch geschenkt hatte, erschien in der SZ eine Rezension, die mir bemerkenswert inkonsistent vorkam (Charlotte FRANK unter der Hauptüberschrift „Ein Wutbuch? Eher ein choleraischer Anfall“ am Montag, 21. Mai 2012, S. 16, DAS POLITISCHE BUCH). Das Günstigste, was ich über sie im Nachhinein sagen kann, ist, daß sie mich veranlaßte, das Buch von Gunter Frank tatsächlich von der ersten bis zur letzten Seite zu lesen.

### **Zu den Kapiteln I „Schlechte Medizin in der täglichen Behandlung“ und II „Die Ursachen schlechter Medizin“.**

Im Vorwort steht:

„Jeden Tag werden in Deutschland unzählige Patienten falsch behandelt. (...) Es geht dabei nicht um Fehlleistungen oder Kunstfehler Einzelner, sondern um ein System, welches schlechte Medizin zum Normalfall macht und sich jeder Kritik entzieht.“

Und dann kommen zu Beginn von Teil I unter der Überschrift „Millionenfache Fehlbehandlungen: Alltag in deutschen Arztpraxen und Krankenhäusern“ gleich handfeste Beispiele für schlechte Medizin (nach Vorgaben in gängigen Lehrbüchern): angebliches Übergewicht, angeblicher Bluthochdruck, angebliche Prädiabetes, angebliche Hypercholesterinämie (hoher Cholesterinspiegel) (15ff). Ich kann mir hier (ein klein wenig) Arbeit ersparen, indem ich aus der schon erwähnten SZ-Rezension zur Veranschaulichung den - im Gegensatz zu allem krampfhaft polemischen Drumherum (s.o.: schon im Titel das Gesamturteil „Eher ein choleraischer Anfall“) - informativen Mittelteil zitiere:

„Frank geht dabei im ersten Teil seines Buchs der Frage nach, wie Patienten falsch behandelt werden. Das ist nicht nur unheimlich, weil er seine Erkenntnisse unter Überschriften faßt wie ‚Tatort Krankenhaus‘ oder ‚Die Tradition des Schreckens‘. Es ist beklemmend, wenn er schildert, wie Studien manipuliert werden und wie Fachgesellschaften halbseidene Wahrheiten als allgemeingültige Leitlinien verkünden. Oder wie Normwerte, ab denen ein Patient als behandlungsbedürftig gilt, immer weiter abgesenkt werden. Dies führt zwar zu mehr Diagnosen, aber in Wirklichkeit ist das Risiko, zuckerkrank zu werden, für einen 50-Jährigen von heute nicht höher oder niedriger als für einen 50-Jährigen vor 100 Jahren‘, schreibt der Autor. Es ist nicht das erste Mal, dass man das liest. Es regt aber jedes Mal wieder auf.“<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Die hier genannten Überschriften (S. 42 und 39) sind Zwischenüberschriften 2. Grades in Kap. I.

Mich regt das, offen gestanden, keineswegs „mal wieder“ auf. Ich glaube das, nicht zuletzt, weil ich Entsprechendes u.a. vom SZ-Medizinredakteur Werner Bartens schon mehrfach, gut begründet, gehört und gelesen habe.

Es steht aber noch viel mehr Lesenswertes und Lehrreiches in Teil I, nicht zuletzt für medizinische Laien: Historisches und Aktuelles. Es wird nachvollziehbar, wie es in der Vergangenheit zu medizinischen Fortschritten kam, durch die eine Reihe von Erkrankungen heilbar wurde, vor allem aber nicht mehr, wie zuvor, unweigerlich zum frühzeitigen Tode führte. Nicht zuletzt hier wird deutlich, daß der Buchautor mit Leib und Seele Arzt ist. Hier spielt Wut, wie sie der Untertitel selbstironisch ankündigt, keine große Rolle, hier ist eher Stolz auf die medizinische Tradition, in der er sich sieht, zu spüren, auch wenn er mit negativen aktuellen Beispielen von Anfang an nicht geizt (sie bieten sich offenkundig in großer Zahl an). Und dann führt er den Leser lehrreich ein in das, was er unter zeitgemäßem Standard der Medizin versteht. Für ihn ist dabei „Statistik der Schlüssel zum Verständnis von schlechter Medizin“ (49). Er erläutert anschaulich, wie Hypothesen entwickelt und überprüft werden können, versäumt aber nicht, am Beispiel der Rede vom „relativen Risiko“ zu zeigen, wie Statistik-Laien ein bedeutendes Mammographie-„Erfolgs-X“ (25% = 2 von 8 Frauen) für ein ziemlich „unbedeutendes U“ (0,2% bei insgesamt 1000 mammographierten Frauen) vorgegaukelt wird (33/34). Von 1000 50 bis 69 Jahre alten mammographierten Frauen starben 6 im Verlauf von 10 Jahren, von 1000 nicht mammographierten 8.

Diese Darstellung gipfelt in der Erläuterung von „Evidenzklassen“ und „Empfehlungsgraden“ gemäß den, wie der Autor meint, „soliden wissenschaftlichen Bewertungskriterien und fundierter Statistik“ (58) der sogenannten „Evidenzbasierten Medizin“ (EBM), die derzeit auch in Deutschland als medizinischer Standard gilt. Gemäß „Evidenzklassen“ wird die Qualität der Überprüfung von Hypothesen beurteilt (1a, 1b, 2a, 2b und darunter; für meinen Geschmack makaber verglichen mit 4 Fußballklassen, von „Champions League, Bundesliga (1a bis 2b) bis Bezirksliga und Kreisklasse“). Darauf basierende „Empfehlungsgrade“ reichen nach der EBM von „A: Nutzen der Empfehlung gut belegt“ bis „D: Keine statistischen Belege für die Richtigkeit vorhanden“.

Deutlicher, als es hier geschieht, kann sich ein Mediziner nicht zum gültigen Maßstab seiner Zunft bekennen. Man kann sich aber am Ende des Teils I fragen, wie des Autors eindeutiges Bekenntnis zur Statistik als Maßstab von Qualität (s. EBM-Empfehlungsgrad „D“) zu seinem Wissen paßt, daß auch die Qualität von Hypothesen (oder auch: „der Anteil der guten Ideen“) eine bedeutende Rolle spielt (68), sodaß für ihn zugleich auch gilt: „Paradoxerweise darf man aber in letzter Konsequenz nicht ausschließen, dass derjenige trotzdem recht haben könnte, der die schlechteste Statistik vorlegt“ (67).

Ein bißchen ungereimt darf einem danach sein vorbehaltloses Plädoyer für EBM schon vorkommen. Und ein bißchen naiv seine Erschütterung darüber, daß, wo er sich in seiner im Prinzip doch so idealen EBM-Welt auch umschaufelt, sich in der Forschung und den daraus abgeleiteten Therapieempfehlungen der (wie er es sieht) Sündenfall der um 1950 begonnenen sogenannten „Framingham-Studie“ beständig fortpflanzt: nämlich in unqualifizierten Behauptungen, man kenne die „Risikofaktoren“, die bei ursprünglich Gesunden zu „koronarer Herzkrankung“ führen, obwohl die Studien von methodischen Regelverstößen und Manipulationen der Daten strotzen.

Die Details, die er hier berichtet, führen schon, geradezu drängend, ein in das Kapitel II, überschrieben „Die Ursachen schlechter Medizin“. Vieles hier ist nur ein zweiter Aufguß schon im ersten Kapitel gegebener Informationen, unter Zugabe neuer Details, durchaus geeignet, Zorn zu entfachen.

Frank benennt in Kapitel II folgende Ursachen für schlechte Medizin:

1. *Die Annahme, „der Gesundheitsmarkt“ regele sich in einer „funktionierenden Marktwirtschaft“ von selbst durch Angebot und Nachfrage.* Das könne in der Autoindustrie funktionieren, aber, wie die Schuldenkrise zeige, funktioniere das schon nicht beim Immobilien- und Bankengeschäft, meint er, und erst recht dürften „die Regeln einer Marktwirtschaft nicht für das Gesundheitssystem“ gelten, denn: „der Anbieter dominiert und der Kunde hat keine Wahl“ (140). Wird ihm vom Arzt gesagt, die teuerste Therapie sei die beste, setzt er sein Leben aufs Spiel, wenn er eine billigere wählt. Er hat Anspruch darauf, daß der Arzt ihm profitunabhängig den besten Rat gibt.

2. *Finanzielle Beziehungen zwischen Autoren von medizinischen „Leitlinien“ und Pharmaunternehmen,* die von den in den Leitlinien ausgesprochenen Empfehlungen erheblich profitieren. Die zitierten Untersuchungen solcher finanzieller Beziehungen gelangen zu erschreckenden Ergebnissen: bei kardiologischen Leitlinien ergaben sich z.B. bei 277 von 498 Autoren solche Beziehungen. Frank zitiert eine Antwort des Redaktionsmitglieds der Zeitschrift „arznei-telegramm“, Wolfgang Becker-Brüser (Arzt und Apotheker), auf seine Anfrage, „warum in deutschen Leitlinien die wissenschaftliche Erkenntnislage häufig keine Chance hat“. Darin findet sich der Satz (144):

„Das mag auch daran liegen, dass zahlreiche Experten eher Meinungsbildner sprich Mietmäuler sind, die keine wissenschaftlichen Erkenntnisse verbreiten, sondern Thesen, die dem Marketing von Firmen dienen, in deren Lohn und Brot sie stehen.“

Die Bezeichnung „Mietmaul“ ist offensichtlich keine Erfindung Franks, sondern längst eingeführt. Ein weiteres Zitat (146) stammt von dem Diabetologen Prof. Dr. med Ernst Adolf Chantelau, der anlässlich einer Anhörung im Rahmen

des Leitlinienvergleichs zum Thema Diabetes beim „Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen“ (IQWiG) u.a. (Kürzung von mir) sagte:

„Es ist natürlich klar, dass die Leitlinien kontaminiert sind durch Interessenkonflikte der Autoren dieser Leitlinien. ... Zum Beispiel ist die Leitlinie Angiologie ... von Herrn Lawall und Herrn Diem gemacht worden. Herr Lawall hat einen glasklaren Interessenkonflikt, weil er Honorare von verschiedenen Firmen angenommen hat. ... Wenn man weiß, dass ein Leitlinienautor ... Honorare der Firma Pfizer bekommen hat, dann braucht man gar nicht mehr weiterzulesen.“

Die Gründung des IQWiG (im Jahre 2004), mit Sitz in Köln, ist für Frank ein „Quantum Hoffnung“ (128), da es finanziell unabhängig, öffentlich und transparent arbeite und „die Resultate nicht selten eine schallende Ohrfeige für die Platzhirsche des deutschen Gesundheitswesens sind“.

3. Die „Fortbildungsfarce“. Hier beschreibt Frank anschaulich, u.a. eigene Erfahrungen schildernd, daß „wir Ärzte ja zu Punktesammlern geworden sind“ (147): Ärzte müssen sich fortbilden. Diese eigentlich sinnvolle Bestimmung gemäß „Gesundheitsmodernisierungsgesetz“ von 2004 besagt, daß „jeder Arzt auf einem Fortbildungskonto innerhalb von 5 Jahren 250 Fortbildungspunkte sammeln“ muß. Anbieter sind Ärztekammern, Krankenhäuser, Universitäten, naturheilkundliche Vereinigungen. Die Ärztekammer legt fest, wieviele Punkte für welche Fortbildung vergeben werden dürfen und die „Kassenärztliche Vereinigung“ (KV) prüft, ob genügend Punkte für die Kassenzulassung gesammelt wurden. Wie fragwürdig die Qualität solcher Punkterwerbsveranstaltungen ist, schildert Frank sehr überzeugend, und mit Recht nennt er es „Realsatire“, daß die Landesärztekammer Baden-Württemberg (LÄK) ihm auf die Frage nach nicht von der Pharmaindustrie oder von den Herstellern medizinischer Geräte finanzierten Fortbildungen antwortet (149): „Die LÄK nimmt Veranstaltungen von Pharmaunternehmen nur dann in den Fortbildungskalender auf, wenn diese versichern, dass die jeweilige Veranstaltung neutral ist.“

Die Aussagekraft von Franks Erfahrungen, nachdem er sich nicht länger von ihm unterfordernden bis ausgesprochen minderwertigen Fortbildungsveranstaltungen die Zeit stehlen lassen wollte, finde ich beeindruckend (148):

„Stattdessen recherchierte ich, las Studien und suchte Fachleute auf, um Antworten auf meine Fragen zu finden, die dann auch Eingang in meine Bücher gefunden haben. Sie können sich wahrscheinlich vorstellen, wie viel Arbeit damit verbunden ist, doch die Ärztekammer teilte mir mit, daß ich pro Buch mit nicht mehr als 1 Punkt rechnen könne. 1 Punkt für 9 Monate intensive Beschäftigung mit medizinischen Themen, während ich für 3 Stunden Absitzen bei einer Propagandaveranstaltung eines biologisch-dynamischen Arzneimittelherstellers 3 Punkte bekomme plus ein kostenfreies Büffet im Anschluß?“

Auch eine Realsatire, aber an solchen Beispielen mangelt es in diesem Buch ohnehin nicht.

4. „*Medizin als Businessplan*“. Über die Auswüchse der Privatisierung von Krankenhäusern und unternehmensgesteuerter „Medizinischen Versorgungszentren“ (MVZs), die Frank hier beschreibt, kann ich als jemand, der im Bereich Marburg-Gießen wohnt, fast täglich in der Lokalzeitung lesen. Deshalb kürze ich hier ab: Ich halte es für ein Gaunerstück, daß die Hessische CDU/FDP-Landesregierung die Universitätskliniken in Marburg und Gießen an die „Rhön-Klinikum AG“ veräußert hat, und wie Frank für einen Skandal, daß der SPD-Gesundheitspolitiker Prof. Dr. med. Karl Lauterbach einen Sitz im Aufsichtsrat der „Rhön-Klinikum AG“ innehat.

#### *5. Angewandte Halbbildung und Selbstüberschätzung.*

Die

„naturwissenschaftliche Schmalspurausbildung hinderte uns später nicht daran, die statistische Wahrscheinlichkeitsrechnung in Studien selbst anzuwenden, Laboranalysen verstehen zu wollen oder über das kleinste Milligramm in Nahrungsmitteln Bescheid zu wissen. Fachleute der Mathematik, Chemiker oder Lebensmittelanalytiker schlagen schon lange die Hände über dem Kopf zusammen bei dem, was wir Mediziner so von uns geben“ (163).

Der ausdrückliche Hinweis „Besonders auf dem Feld der Mathematik wirkt sich in der Medizin Halbwissen fatal aus.“ fehlt hier nicht, doch das wirklich überzeugende Anschauungsmaterial für diese These findet sich schon im Teil I des Buches ( z.B. die Rede vom „relativen Risiko/Erfolg“, 33/34; die sog. Vegetarierstudie des Deutschen Krebsforschungszentrums in Heidelberg, 75; Framingham-Studie, 83; usw.).

6. *Die systematische Absicherung gegen Kritik.* Hier unternimmt Frank einen Ausflug in die Wissenschaftstheorie. Mit Thomas S. Kuhn geht er davon aus, daß ein einmal etabliertes Paradigma nur schwer außer Kraft zu setzen ist. In der Wissenschaft handelt es sich um eine Leitvorstellung von dem, wie man Erkenntnis gewinnt und um welche Art von Erkenntnis es geht. Ein wissenschaftliches Paradigma enthält gewissermaßen schon eine vollständige Geschichte, allerdings mit vielen unklaren Stellen oder Leerstellen, die es noch zu füllen gilt. Ein solches Paradigma kann lange Zeit Forschergeist fruchtbar beflügeln. Die Geschichte, die es in sich trägt, wird immer präziser, Leerstellen füllen sich. Und dann kann der Zeitpunkt kommen, an dem immer mehr Widersprüche, die in den unklaren Stellen und den Leerstellen verborgen waren, offenkundig werden. Jetzt müßte die Begrenztheit des bisher gültigen Paradigmas akzeptiert und ein neues etabliert werden, das widerspruchsfrei zu den neuen Erkenntnissen paßt.

Nach Th. S. Kuhn hilft da aber leider immer nur eine “Revolution”, weil die

meisten Forscher sich in ihrem Denken und Handeln so sehr mit dem alten Paradigma identifizieren, daß bei ihnen - um es mal so zu sagen - alle möglichen „Abwehrmechanismen“ auf den Plan treten, wie sie u.a. Anna Freud, die Tochter Sigmund Freuds, beschreibt: Verdrängung, Verleugnung, Ungeschehenmachen, Verkehrung ins Gegenteil, usw. Eine psychoanalytische Betrachtung wäre insofern gnädig, als sie solche Abwehr von Tatsachen vorzugsweise „unbewußten Mechanismen“ zuschreibt. Ob bewußter oder unbewußter Betrug beim Festhalten an nachweisbar Falschem im Spiel ist, erörtert Frank nicht. Muß er auch nicht. Er will zeigen, daß sich in der medizinischen Forschung ein internationales System etabliert hat, das sich in noch nie zuvor dagewesener Weise gegen Korrekturen offensichtlich gewordener Fehler abschottet (und auch gegen „wissenschaftliche“ Revolutionen).

Diese These untermauert er, indem er detailliert den sog. „Impact Factor“ beschreibt und wie daraus der Rang einer Fachzeitschrift, einer Forschungsarbeit, eines Wissenschaftlers, einer Hochschulfakultät, ja einer ganzen Universität abgeleitet wird. „Impact“ kann man mit „Wirkungs“- oder „Einflußstärke“ übersetzen. Sie wird in Punkten ausgedrückt. Wer die meisten Punkte erhält, ist Wissenschafts-Sieger. Dieses System nahm, wie Frank berichtet, seinen Ausgang darin, daß man alle Vertreter eines Fachs um ihre Einschätzung darüber bat, in welchen Zeitschriften die besonders einflußreichen Artikel veröffentlicht würden. An diesen Anfang in meinem eigenen Fach erinnere ich mich. Was daraus geworden ist (u.a. eine Abteilung der Agentur Reuter, die die Bewertung ständig aktualisiert und diese gegen Gebühr für die Karriereplanung zur Verfügung stellt), erfuhr ich jetzt von Frank, der sich für sein Verständnis der Konsequenzen für wissenschaftliche Forschung auf den Mannheimer Professor für Betriebswirtschaftslehre und Organisationstheorie Alfred Kieser beruft (175). Der schreibt: „Zeitschriften mit einem hohen Impact Factor haben also nicht nur deswegen ein hohes Prestige, weil sie häufig zitiert werden, sie werden auch häufig zitiert, weil sie ein hohes Prestige aufweisen“ (181).

Wenn das stimmt, hat Frank recht: „So beißt sich die Katze in den Schwanz.“ Das wäre ein später Sieg des „radikalen Konstruktivismus“ (Maturna, H.R., u.a. mit Varela, F.J., deutsch: 1982<sup>2</sup>), auch „Autopoiesis“ genannt, demzufolge der Mensch ein selbstreferentielles System ist, informationell geschlossen, nur energetisch offen. Ohne energetischen Nachschub kann natürlich kein Mensch überleben, so wenig er auch sonst von seiner Umgebung mitbekommt. Zum Überleben „wissenschaftlicher“ Forschung bedarf es natürlich immer des personellen Nachwuchses, nicht unbedingt auch neuer Einsichten.

<sup>2</sup> Erkennen: Die Organisation und Verkörperung von Wirklichkeit. Vieweg.

### **Zu Kapitel III „Die gesellschaftlichen Auswirkungen schlechter Medizin“**

Wer die Geduld aufbringt, Kap. III zu lesen, findet hier und da noch ein paar zusätzliche interessante medizinische Informationen, die allesamt in die vorangehenden beiden Kapitel gehört hätten. Alles übrige ist mal mehr, mal weniger Humbug oder, mit dem vom Verfasser selbst verwendeten *terminus technicus* eines anderen Buchschreibers gesagt, „bullshit“. Bei seinen Versuchen, das Wesen des Menschen und die gesellschaftliche Welt im allgemeinen und in diesem Rahmen die Mängel des Medizinbetriebs im besonderen zu erläutern, überfordert er sich hoffnungslos, referiert entbehrliche Bücher eines Psychologieprofessors, die für ihn „die Psychologie“ sind, antiquierte Buchweisheiten eines Sozialbiologen, der allzu platt „menschliche Verhaltensweisen auf eine evolutionäre Logik zurück“ führen will; und hält schließlich auch noch nicht nur die Moral bestimmter Leute und die Gruppenmoral mancher Kreise für gefährlich, sondern „Moral“ und „Gruppenmoral“ schlechthin. Das ist schwer zu ertragen, nachdem man zwei Kapitel und 183 Seiten lang vom medizinischen Fachwissen des Autors beeindruckt war. Ein guter und verantwortungsbewußter Lektor hätte dieses Kap. abgelehnt, schon im Interesse seines Autors. Aber natürlich auch, um dem Renommee seines Verlages nicht zu schaden.

### **Abschließende Bemerkungen**

Kap. III als bedauerliches Anhängsel mißachtend, schließe ich: So ein Buch mußte geschrieben werden. Jeder kann jederzeit medizinischer Hilfe bedürfen. Der Autor ist sich der Bedeutung seines Berufs für jedermann bewußt. Und er wird der damit verbundenen Verantwortung gerecht, indem er offenlegt, öffentlich macht, was s.E. in seinem Fach schiefläuft und besser gemacht werden könnte. Man kann sich allerdings fragen, ob er sich der Widersprüche bewußt geworden ist, die aus seinem vorbehaltlosen Bekenntnis zur EBM als auf Statistik fußender Qualitätskontrolle und seinem mal hier, mal da eingestreuten Wissen erwachsen, daß die beste Statistik ohne gescheite Hypothesen und logische Verknüpfung mit Einzel-Erfahrungen des Praktikers keine Qualität sichern kann. Dieser Widerspruch hätte ihn auf den Gedanken bringen können, daß vielleicht von Anfang an bei dieser EBM etwas fehlt.

Daß etwas fehlt, demonstriert der Autor zwar mit diversen Hinweisen auf die Bedeutung des ärztlichen Urteilsvermögens, ob und wie ein therapeutisches Vorgehen individuell wirkt, aber diesen Hinweisen fehlt die Integration in sein Eintreten für EBM. Sie bleiben Fremdkörper in seinem Pladoyer für eine bessere Medizin, obwohl es längst Analysen der EBM gibt, die zeigen, daß die Einseitigkeit ihrer Statistikfixierung, trotz gegenteiliger Beteuerungen ihrer Begründer, geradezu zwangsläufig nicht nur auf die Bevormundung und Entmündigung des einzelnen Arztes hinausläuft, sondern auch auf die sträfliche Mißachtung jeglicher individuellen Erfahrung im Arzt-Patienten-Verhältnis.

Dies lädt auf Besserwissen bedachte ehrgeizige Mitarbeiter von einflußreichen Forschungsinstituten, wie das Deutsche Krebsforschungszentrum in Heidelberg eines ist, geradezu ein zu statistischen „Luftnummern“.

Abonnenten der *Gestalt Theory* erinnern sich vielleicht noch an einen Aufsatz, der 2004 erschienen ist (Der Beitrag der Gestalttheorie zur Methodik der Therapieevaluation. Evidence-based Medicine und Cognition-based Medicine, Vol. 26, No. 3, 252-264). H. Kiene, H. J. Hamre und G. S. Kienle stellen explizit die Frage, „ob und wieweit therapeutische Wirksamkeit am Einzelpatienten erkannt werden könne“ (253). Ihre Antwort ist ein eindeutiges und weitreichendes Ja, dem die berühmte Abhandlung des Gestalttheoretikers Karl Duncker „Zur Psychologie des produktiven Denkens“ zugrundeliegt. Sie nennen ihre Methode, die sie als notwendige *Ergänzung* (!) der EBM ansehen, „Cognition-based Medicine“ (CBM). Sie schließen ihren Aufsatz mit den Sätzen:

„In CBM erhält der Arzt das gedankliche Rüstzeug, um über die Prinzipien und Kriterien singulärer Therapiebeurteilung zu reflektieren, konkrete Behandlungen anhand dieser Urteilkriterien bewußt und explizit zu kontrollieren und evtl. zu optimieren, seine eigenen Behandlungserfolge oder -mißerfolge als solche zu dokumentieren (durch ...etc.) und so auf neue Weise eine Urteilsautonomie zu gewinnen, die EBM nicht gewährt. Da in CBM die Kluft zwischen ärztlichen Urteilmöglichkeiten und klinischen Forschungsmethoden geringer ist als in EBM, ist auch die Gefahr einer unsachgemäßen Top-down-Administration gemindert“ (262).

Gerade an Beispielen für solche „unsachgemäßen Top-down-Administrationen“ scheint es mir in G. Franks Buch nicht zu fehlen. Es gibt in der Psychologie die Rede vom „guten Fehler“. Ich hätte diesen Begriff nicht eingeführt, aber den damit gemeinten Sachverhalt gibt es natürlich: daß jemand, obwohl er auf der richtigen Spur ist, das richtige Ergebnis verfehlt. G. Frank ist auf der richtigen Spur. So vital und erkenntnishungrig ich ihn in seinem Buch und in „Talkshows“ erlebe, traue ich ihm zu und wünsche ich ihm, daß er, anstudierte ideologische Beschränkungen überwindend, bei seinem weiteren Verbesserungsbemühen statt eines Psychologen, der außer statistischer Aufbereitung alter Urteile und (vor allem) alter Vorurteile nichts zu bieten hat (s. Teil III), einen der erkenntnis- und wissenschaftstheoretischen Problematik (auch) medizinischer Forschung wirklich gewachsenen psychologischen Ratgeber wählt: den Gestalttheoretiker Karl Duncker.

*Dr. Hans-Jürgen P. Walter, Biedenkopf*



**Hans-Jürgen P. Walter**, geb. 1944, Dr. phil., Dipl.-Psychologe, Psychotherapeut, Begründer der Gestalttheoretischen Psychotherapie; 1978 Mitbegründer der internationalen Gesellschaft für Gestalttheorie und ihre Anwendungen GTA, langjähriger 1. Vorsitzender, seit 1999 Ehrenvorsitzender; Mitgründer der internationalen multidisziplinären Zeitschrift *Gestalt Theory*. Lehrtätigkeit an der Universität Wien sowie Lehrtherapeut in zahlreichen psychotherapeutischen Vereinigungen, besonders der Deutschen (DAGP) und der Österreichischen Arbeitsgemeinschaft für Gestalttheoretische Psychotherapie (ÖAGP). Autor zweier Grundlagen-Werke zur Gestalttheoretischen Psychotherapie (*Gestalttheorie und Psychotherapie* und *Angewandte Gestalttheorie in Psychotherapie und Psychohygiene*) sowie zahlreicher Aufsätze.

**Adresse:** Battenbergsstrasse 1, D-25216 Bienenkopf, Deutschland.

E-mail: rottrecht@t-online.de