



Nur eine kleine Minderheit entspricht dem Durchschnitt
 Ärzte arbeiten fast immer nur mit dem Durchschnitt, der über
 Statistiken abgesichert wird. Das wird dem Einzelfall nicht gerecht.

Aus: www.psychobionik.de

"Wenn auch kein wirkliches System sich in einem so ideal chaotischen Zustand ($1+1=2$) befindet, wird die Gauß-Verteilung ("symmetrische Glockenkurve") allgemein in Forschung, Industrie und vielen anderen Bereichen für statistische Zwecke verwendet und gilt näherungsweise für viele leblose Systeme ... Die wichtigste Wahrscheinlichkeitsverteilung von Messwerten, aus einem ideal kohärenten System, ist jedoch die logarithmische Normalverteilung ("asymmetrische Kurve, mit nach links verschobenen Gipfel"), denn sie bezieht sich auf lebende Systeme (1969, Prof. Lothar Sachs (b.1929), dtsh. Mathematiker) und auf das Konzept der Harmonie (Kohärenz) ... **Tatsächlich befindet sich ein reales System immer zwischen diesen drei idealen Zuständen ["ideal chaotisch" ($1+1=2$, Gauß Verteilung), "ideal kristallin" ($1+1=1$, Delta Verteilung), "ideal kohärent" ($1+1=3$, Log-Verteilung)].** Daher ist auch die Wahrscheinlichkeitsverteilung der Messwerte aus einem realen System immer zwischen den drei angeführten typischen Verteilungen; "mathematisch" berechnet und graphisch dargestellt, als Harmonie-/Kohärenzpyramide, im sog. "unendlich-dimensionalen Funktionsraum" n. David Hilbert (1862-1943, dtsh. Mathematiker in Göttingen) ..."

Aus: Changlin Zhang [b.1943, chinesischer Prof. f. Biophysik an den UNIs Hangzhou u. Siegen]: *Der unsichtbare Regenbogen und die unhörbare Musik. Die Entdeckung der Zusammenhänge zwischen elektromagnetischen Wellen in Lebewesen und den Wirkungen von Akupunktur, Klangtherapie und anderen komplementären Heilmethoden* Teil 5 Harmoniemessung. 2. Messungen am unsichtbaren Regenbogen. 2.2. Drei idealtypische Energieverteilungen (Chaos, Kristall, Harmonie). 2.3 "Unendlich-dimensionalen Raum" und "Harmoniepyramide" (n. David Hilbert) S.191-197 Traumzeit-Verlag 2010 ("Invisible Rainbow: A Physicist's Introduction to the Science behind Classical Chinese Medicine" North Atlantic Books 2016)

"Ganz gleich, ob in der Kriminalistik oder Medizin, **die modernen Risikotechnologien** (oder aktuarischen, also versicherungsmathematischen Technologien, wie Jonathan Simon [b.1959, US-amerik. Soziologe, Kriminologe, Rechtswissenschaftler] schreibt [A]) **gehen nicht mehr von konkreten Menschen aus ... Statistische Wahrscheinlichkeiten** haben eine [mathematisch] sehr präzise, aber [auf den Einzelnen bezogen, eine sehr] begrenzte Aussagekraft. Sie sagen etwas darüber aus, was in einer langen Serie gleichartiger Experimente oder Ereignisse geschieht - aber sie sagen nicht voraus, wie ein Einzelexperiment ausgehen wird. Per definitionem beziffern Wahrscheinlichkeiten Häufigkeiten in Grundgesamtheiten, machen jedoch keine Vorhersagen über den Einzelfall ... Kluft zwischen Einzelfall und Serie ... **Den frühen Statistiker des 19. Jahrhunderts war diese Kluft zwischen dem Berechenbaren und dem Konkreten, zwischen den Gesetzmäßigkeiten von Populationen und dem Einzelnen noch bewusst ... verstanden sie ihre Mitmenschen noch nicht als Risikoprofile ...**

Der belgische Mathematiker [Lambert Adolphe Jacques] **Quetelet** [1796-1874] ... erfand den **Durchschnittsmenschen** (L'homme moyen), eine statistisch konstruierte Normalität ... warnte ... ausdrücklich davor, von den statistischen Gesetzen irgendwelche Rückschlüsse auf einzelne Menschen zu ziehen: **"Diese [statistischen] Gesetze haben, eben nach der Art ihrer Ermittlung, nichts Individuelles mehr an sich, und deshalb wird man sie nur unter gewissen Einschränkungen auf die Individuen anwenden können. Jede Anwendung, die man auf einen einzelnen Menschen machen wollte, wäre im Wesentlichen falsch, ebenso wie wenn man nach den Sterblichkeitstabellen den Zeitpunkt feststellen wollte, wann eine bestimmte Person sterben müsste"**(B) ...

Wandert das Risiko aus der Statistik in die Arztpraxis oder ans Krankenbett aus, verwandelt es sich grundlegend: **Ärzte (und Patienten) [fehl-]interpretieren Risikofaktoren als objektive, klinische Krankheitszeichen** ("objective clinical signs of disease")(C) ... Solche "klinischen Risiken" sind strenggenommen keine richtigen Risiken, wie **Lorna Weir** [Prof. f. Soziologie, York Universität/Toronto](D) betont, weil sich die Zukunft eines einzelnen Patienten gar nicht berechnen lässt; sie beruhen auf einer Vermischung unvereinbarer Denkweisen, nämlich die Feststellung von Risikofaktoren einerseits und Diagnose von Normalität und Anormalität andererseits: "Clinical risk comprises an unstable amalgam of incompatible forms of reasoning"(D) ...

Die Risiko-Attestierten gehen dann beispielsweise davon aus, dass sie das vorhergesagte Schicksal treffen wird - so wie Frauen, denen ein hohes Brustkrebsrisiko attestiert wurde ... Patienten, denen ein Risiko bescheinigt wird, wähen sich daher oft am Rande des Abgrundes. Sie fühlen sich nicht mehr gesund ("Risiko behaftete Gesunde": "präsymptomatisch Kranke", "gesunde Kranke") und meinen, sich auf direktem Weg zu einer beängstigenden Erkrankung zu befinden ... Obwohl sie kerngesund sind, verwandelt das Risikoattest ihren Körper in eine Quelle latenten Unheils (Quelle eines erschreckenden "Leidens an einer Vorhersage", "Leidens am Noch-Nicht", "Leidens am Zustand Ich-bin-noch-nicht-krank", "Leidens an Risiko-Angst") ... Diese Art und Weise der Aussage, die Rede in spekulativen Möglichkeiten ("Versuch der Vorwegnahme/-hersage der Zukunft", "Konstrukt von Probabilitäten"), nennt die Grammatik den **Modus irrealis**, die Unwirklichkeitsform. Sie bezeichnet das, was nur vorgestellt, möglich, spekulativ und fantastisch ist ... Wer im Modus irrealis lebt, kann nicht bei Sinnen bleiben und wird von Experten und technischen Apparaten abhängig ..."

Aus: Silja Samerski (b.1970, deutsche Soziologin, Biologin, Philosophin): "Die Entscheidungsfälle - Wie genetische Aufklärung die Gesellschaft entmündigt" Glossar: Risikoprofil S.138, 3 Die informierte Entscheidung. Wie genetische Berater ihre Klienten zur Selbstbestimmung befähigen 3.2 Zweite Verwandlung der Person: Klienten als Risikoträger 3.2.1 Ein folgenreiches Missverständnis: Risiko als Diagnose S.68, Anmerkungen: Nr. 84 S.158f, 3.2.3 Die pathogenen Auswirkungen ärztlich attestierter Risiken S.75,76, 3.2.4 Leben im Modus irrealis (Unwirklichkeitsform) S.80f, 3.2.5 Das genetische Risiko S.84f WissenschaftlicheBuchGesellschaft 2010. (A) Jonathan Simon: "The Ideological Effects of Actuarial Practices" p.790 Law and Society Review, 22 (4): 771-800. (B) Francois Robert Ewald: "Der Vorsorgestaat" (L'Etat-providence 1986) S.196 Suhrkamp 1993.(C) Sandra M. Gifford (1986): "The Meaning of Lumps: A Case Study of the Ambiguities [Mehrdeutigkeiten] of Risk" S.222. In: Craig Robert Janes, Ron Stall, Sandra M. Gifford (Hg.) "Anthropology and Epidemiology: Interdisciplinary Approaches to the Study of Health and Disease" Dordrecht Reidel Publishing Company pp 213-246. (D) Lorna Weir: "Pregnancy, Risk and Biopolitics: On the Threshold of the Living Subject" S.119 Routledge 2006

Siehe INFOS: Silja Samerski in Statistik Glossar & Allerlei >>>

Prof. Gerd Gigerenzer: "Über ärztliche Risikokompetenz - on risk literacy" www.youtube.com/watch?v=zdOBjW2zIKU
 Aufzeichnung des Vortrages von Prof Gerd Gigerenzer am 13.01.2016 an der Charité Berlin mit Moderation von Prof Karl Max Einhäupl
 Prof. Dr. Gerd Gigerenzer: "Risiko, Entscheidungen und Intuition (Daimler Financial Services)" www.youtube.com/watch?v=3gYkWK4yNU