

N. Schmacke

Aus der Akademie für
öffentliches Gesundheitswesen, Düsseldorf
(Leiter: Priv.-Doz. Dr. Norbert Schmacke)

Grenzenlose Gesundheit und die Grenzen der Gesundheitsökonomie

Das Gesundheitswesen in Deutschland wird seit nunmehr zwanzig Jahren unter dem Leitthema der schwindenden Finanzierbarkeit angesichts vermeintlich untragbarer Kostensteigerungen thematisiert. Die Lösungen, die der Bevölkerung und der Politik ganz überwiegend von der Gesundheitsökonomie angeboten werden, arbeiten mit variantenreichen Steuerungsmodellen, die alle den für das Verständnis von Gesundheit und Krankheit zentralen Bereich der Kommunikation zwischen Ärztinnen und Ärzten und ihren Patientinnen und Patienten ausklammern. Dieser Mangel ist deshalb so bedeutsam, weil der Umfang der erbrachten Leistungen des kurativen Gesundheitssystems erheblich durch die Qualität der Arzt-Patient-Beziehung geprägt wird. Es gibt gute Gründe, die Forderung nach der Entwicklung einer sprechenden Medizin in den Kontext der Gesundheitsökonomie einzubinden. Nimmt man die Kommunikations- und Beziehungsebenen der Medizin innerhalb von Forschungsansätzen und in der Praxis ernst, so kommt man zu begründeten Annahmen, was sich tatsächlich hinter den Befürchtungen verbirgt, ein ausufernder Gesundheitsbegriff und eine damit einhergehende Anspruchshaltung der Patienten führen zu immer neuen und fragwürdigen Leistungsausweitungen.

Medizin und Sinnstiftung

Krankheit bedeutet in der Wahrnehmung der Patienten, daß sie das Alltagsphänomen Gesundheit hinter sich lassen müssen. Was gestern noch selbstverständlicher Bestandteil der Identität und des Lebens zu sein schien, wird durch akute oder chronische Krankheiten in Frage gestellt. Die Reaktionen

reichen von flüchtigem Ärger über vertane Berufs- oder Freizeitchancen bis hin zur Todesangst. Je dramatischer und unverständlicher das Krankheitsbild ist, um so ausgeprägter wird die Sinnsuche und der hierdurch entstehende Anspruch an die Medizin, nicht nur technische Lösungen anzubieten sondern sich am Prozeß der Sinnstiftung maßgeblich zu beteiligen.

Der Gesundheitssystemforscher Arnold führt aus, daß die Gründe für die hohe Wertschätzung der Medizin sich nicht vorrangig in ihrer objektiven Wirksamkeit finden lassen. Er fährt fort: »Die an die Leistungsfähigkeit der wissenschaftlichen, und das heißt im Grunde genommen der technischen Medizin geknüpften Erwartungen geben Hoffnung und Trost im Falle eigenen Betroffenseins durch Krankheit«. Arnold spricht von der Sozialfunktion der Medizin, in rationaler Weise mit Krankheit und Tod fertig zu werden.

Die in säkularen Zeitaltern besonders ausgeprägte Nachfrage nach kompetenter und authentischer Kommunikation zur Beantwortung von Sinnfragen wird von den meisten Ärzten fast ausschließlich mit autodidaktisch erworbenen Handlungsmustern beantwortet. Die Gesellschaft vertraut darauf, daß Ärzten die erforderliche Kompetenzen durch die Aus-, Fort- und Weiterbildung mitgegeben worden sind. Die weit verbreiteten Allmachtsphantasien in der Ärzteschaft werden aus dieser Zuschreibung von Allkompetenz maßgeblich gespeist. Hier findet sich eine der entscheidenden Wurzeln für die wirkungsvolle und oftmals unheilvolle Allianz zwischen der Heilkunde und den Kranken. Die Menschen setzen in der Krankheit wie selbstverständlich ihre Hoffnungen auf die Heilberufe, seit Erstarken der modernen Medizin maßgeblich auf die Ärzteschaft. Sie träumen den Traum von der

Unsterblichkeit und induzieren wie verstärken bei der mit einem generellen Heilungsauftrag ausgestatteten Ärzteschaft die Selbstüberschätzung der medizinischen Kunst. Ärzte übernehmen in der Regel die ihnen zugeschriebene Rolle unhinterfragt und sind dann beim rasch deutlich werdenden Scheitern ihrer Ansprüche entweder zum irrationalen Festhalten an einer hilflosen und sich nicht selten aggressiv gebärdenden Medizin oder zum Zynismus verteilt. Dies ist eine der Facetten des Syndroms der hilflosen Helfer: Hilflosigkeit provoziert Stärke. Solange dieser sich immer wieder reproduzierende Mechanismus nicht selbstverständlicher Gegenstand der Ausbildung ist, besteht die Gefahr, daß Ärzte und Patienten immer wieder in die verhängnisvolle Beziehungsfalle hineinlaufen, indem die eine Seite Unerfüllbares verspricht und die andere Seite Unerfüllbares erwartet. Heilkunde neigt offenbar generell zum Überschreiten der eigenen Grenzen. Ein unbeirrbarer Heilungsdrang läßt sich auch bei allen sogenannten alternativen Heilverfahren nachweisen, ohne daß nennenswerte Ansätze für eine interne und externe Qualitätssicherung erkennbar sind. Die Sehnsucht nach dem ewigen Leben ist natürlich alles andere als neu, ebenso wenig der Versuch, das Phantastische mit dem Wirklichen zu verwechseln.

Einem Aquarell aus dem 18. Jahrhundert zeigt Tschang, den »Meister des Himmels« des offiziellen Taoismus. Die Bildbeschreibung lautet: »Auf der Suche nach der Unsterblichkeit lebten die Taoisten diätetisch, praktizierten Atemübungen und widmeten sich der Alchimie«. Der Kult um die alternativen Heilverfahren weist auf eine weitere wichtige Facette des Themas Sinnstiftung und Heilkunde hin, auf die ich nicht eingehen werde, ich meine den Traum, der Gesellschaft zu entfliehen,

sich der Anziehungskraft des gesellschaftlichen Gravitationsfeldes zu entziehen, wie Bourdieu dies im Abschnitt »Von der Pflicht zur Pflicht zum Ge-
nuß« in seiner Publikation »Die feinen Unterschiede« beschrieben hat.

Die Einübung der Erwartungen an die Medizin

Zwei Beispiele sollen erläutern, wie die Allzuständigkeit der Medizin und die dadurch ausgelösten Erwartungen in der Alltagswelt eingeübt wird.

Aus dem Zappelphilipp wurde seit den sechziger Jahren das hyperaktive Kind, das je nach Schulenzugehörigkeit der Mediziner und Psychiater diätetisch oder psychopharmakologisch oder verhaltenstherapeutisch oder polypragmatisch behandelt werden muß. Die Einschaltung von Ärzten wird, so vermute ich, nicht primär akzeptiert, weil die Behandlungserfolge so überzeugend sind, sondern weil die Eltern sich durch die medizinischen Deutungsmuster entlastet fühlen und mechanische Therapiemuster Hoffnung machen. Die Ärzte haben so leichtes Spiel, den Pädagogen, den Psychologen und den Eltern den Rang abzulaufen.

Als zweites, auf den ersten Blick wenig spektakuläres, Beispiel sei hingewiesen auf die Rolle von Ärztinnen und Ärzten in der medizinischen Begutachtung menschlicher Leistungsfähigkeit, egal, ob es um Arbeitsfähigkeit, Berufs-, Erwerbs- oder Dienstfähigkeit geht. Dabei wird nicht in Frage gestellt, daß der medizinische Blick auf die Quantität und Qualität und auf eventuelle Einschränkungen der physiologischen und psychischen Funktionen wichtige Hinweise für das Bewältigen des abgeforderten Arbeitspensums liefert. Es geht vielmehr darum, daß im Gefolge der Sozialversicherungsgesetze der Medizin eine generelle Gatekeeping-Funktion für die Verteilung der eingesetzten Ressourcen zugewiesen wurde und welche Rollenerwartungen sich hieraus über die Generationen hinweg in der Bevölkerung ergeben haben. Diese werden von einem bestimmten Punkt an nicht mehr mit dem Maßstab gemessen, was Medizin im Gutachtenprozeß fachlich leisten kann und wo beispielsweise die Bewertung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit von

Menschen von sozialen und ökonomischen Rahmenbedingungen massiv vorgeprägt wird und wo des weiteren Status-, Hierarchie- und Gratifikationsprobleme längst Entscheidungen gebahnt haben, welche die Medizin dann lediglich noch systemgewollt nachvollzieht. Die Macht der Medizin speist sich aus Patientensicht ganz maßgeblich aus diesem gesellschaftlichen Auftrag an die Ärzteschaft, die befristete Entlastung von der Arbeitswelt im Krankheitsfall oder das vorzeitige Ausscheiden bei längerfristiger oder permanenter Erwerbsunfähigkeit zu beeinflussen. Der Medizin wird, so die Quintessenz, aus verschiedenen sozialen und psychologischen Gründen mehr zugetraut, auch zugemutet, als sie vermag.

Wer könnte es der Ärzteschaft als Berufsstand verdenken, daß sie die ihr immer wieder neu zugewachsenen Professionalisierungs-Bausteine aktiv aufgenommen hat? Es ließe sich nun an der Realität der Arbeitsmedizin, der Präventivmedizin und der Umweltmedizin zeigen, daß der gesellschaftlich vorgebahnte und zugleich notorische Hang der Ärzte zur Individualisierung kollektiver gesundheitlicher Risiken ganz wesentlich die alltäglichen Erfahrungsmuster der Bevölkerung im Umgang mit der Medizin prägt.

Die Erwartung gegenüber der Ärzteschaft speist sich, so die Zwischenbilanz, zunächst aus der Angst, welche Krankheit mit der Beendigung der Alltätigkeit und Selbstverständlichkeit des Gutes Gesundheit auslöst. Eingeübt wird die Haltung gegenüber der Medizin in einem immer dichter gewordenen Netz an Kontakten zu Ärztinnen und Ärzten. Hierbei wird erstens die tatsächliche Leistungsfähigkeit der Medizin bei Infektionskrankheiten, Unfällen und früher als unbehandelbar geltenden Krankheiten, wie der perniziösen Anämie, erfahrbar. Zweitens werden Ratsuchende und Kranke durch hochbesetzte symbolische Handlungsmuster wie das Herstellen von scheinbar für sich selbst sprechender Bilder geprägt. Und drittens wird Medizin erfahren als die gesellschaftlich vorgegebene Funktion des Gatekeeping und Ressourcen-Steuerns. Ein Verständnis für dieses Geflecht erlaubt vielleicht eher eine Annäherung an die Frage, wie die unübersehbaren Defizite der heutigen

Medizin unter Berücksichtigung der natürlichen wie der erlernten Erwartungshaltung des Patienten nicht nur thematisiert, sondern abgebaut werden können.

Das gewandelte Krankheitspektrum

In Rahmen einer Bilanz der sozialmedizinischen Präventionsstrategien hat der norwegische Sozialmediziner Peter Hjort ein Schema des Wandels des Krankheitspektrums vorgestellt, aus dem vor allem deutlich wird, daß die Aufmerksamkeit der Fachwelt sich noch weit stärker auf die Krankheiten alter und hochbetagter Menschen und die »neue« Morbidität richten müßte; letztere umfaßt das weite Feld psychomentaler Störungen, Sucht und Gewalt. Es ist plausibel, daß gerade im Feld der chronischen Krankheiten mit den sehr eingegrenzten Therapiemöglichkeiten symbolische diagnostische Eingriffe und Strohalm-Therapien besonders große Entwicklungschancen haben. Dabei gibt es seit etwa zehn Jahren wieder eine große Sehnsucht nach sogenannten alternativen Heilverfahren. Die Medizin beginnt erst langsam zu realisieren, daß es nicht ausreicht, dies als Ausdruck von immer wieder zu verzeichnenden Modeströmungen zu begreifen, sondern daß tatsächlich bei vielen der chronischen Krankheiten und psychomentalen Störungen die traditionellen Therapiekonzepte der Biomedizin nicht greifen können, daß aber Patientinnen und Patienten Hilfen und Beratung erwarten, wo Heilung im herkömmlichen Sinne nicht möglich ist.

Das Bekämpfungsmodell der Krankheiten trägt hier nicht, prägt aber weiterhin noch die Erwartungshaltung der Kranken. Auch heute kommen immer wieder drastische Behandlungsverfahren in einer unheilvollen Allianz zwischen Therapeuten und Kranken zur Anwendung, um das Unmögliche zu erzwingen. Von der unheilvollen Allianz spreche ich nicht, um die Ärzteschaft zu entlasten, sondern weil meines Erachtens ohne Berücksichtigung dieses Zusammenhanges schwerer verständlich ist, warum sich die bewährten Kriterien der Effizienz und Effektivität so schwer in Reinkultur durchsetzen lassen. Bei

einem Blick in die Medizingeschichte ist aber gleichwohl eine Pazifizierung der therapeutischen Ansätze zu verzeichnen, denkt man an verstümmelnde Eingriffe wie die Frontalhirnzerstörung zur Schizophreniebehandlung vor noch wenigen Jahrzehnten. Massive Aggressivität läßt sich bei aufmerksamer Betrachtung aber auch heute immer wieder nachweisen. Als Beispiel sollen genannt werden die Darmresektionen zur Senkung eines hohen Blutfettspiegels bei Patienten nach Herzinfarkten, eine der schrecklichsten Folgen der Risikofaktorenmedizin.

Medizin wird bis heute in weiten Bereichen der doppelten Bedeutung des Begriffs gerecht: Arzt-Patient-Kontakte in der Praxis von niedergelassenen Ärzten münden in etwa 75 Prozent in der Rezeptur eines Medikamentes. Dies ist der deutlichste Ausdruck dessen, was in der Theoriedebatte Medikalisierung genannt wird und womit natürlich deutlich mehr gemeint ist, so die unzulässige Anwendung des biomedizinischen Instrumentariums zur Lösung psychosozialer Probleme und die geistige wie emotionale Vereinnahmung der Lebenswelten durch die Medizin. Die Rezeptur des Medikamentes darf aber nicht nur aus dieser kritischen Perspektive betrachtet werden, will man auf Veränderungen hinaus. Das Medikament ist über seine pharmakologischen Wirkungen hinaus maßgeblich Zuwendungsersatz und Zuwendungsbeweis zugleich. Es stellt gewissermaßen eine Schlichtlösung dar, die zu einem erheblichen Umfang sowohl den magischen Erwartungen der Patienten entspricht als auch dem Anspruch, als Mitglied einer Versicherten-gemeinschaft etwas Handfestes aus der Sprechstunde mit nach Hause nehmen zu können. Sowohl Ärzte als auch Patienten sind hier Opfer und Täter zugleich, womit nicht die besondere Verantwortung der Ärzte in Abrede gestellt werden soll, denkt man z. B. an die Verschreibung suchterzeugender Medikamente an Suchtgefährdete und Suchtkranke.

Die Erwartungen, die an die Medizin gestellt und von ihr geweckt werden, müßten mehr als heute Gegenstand handlungsorientierter Forschung werden. Diese Notwendigkeit läßt sich ein weiteres Mal an dem Begriff der gren-

zenlosen Medizin veranschaulichen. So wird einerseits in der öffentlichen Debatte, aber auch in Patientenäußerungen vehemente Kritik hörbar, daß die Medizin verlernt habe, ihre Grenzen zu sehen und einzuhalten. So bestehen insbesondere allergrößte Ängste vor einer inhumanen Intensivmedizin. Für ein tieferes Verständnis sollten aber zwei weitere Ebenen berücksichtigt werden. So wird erstens die tatsächliche Leistungsfähigkeit der Intensivmedizin erheblich überschätzt, indem ihr von vielen Menschen inzwischen zugestimmt wird, das Leben beliebig verlängern zu können. Und zweitens steht zu vermuten, daß die wenigsten Menschen den Nutzen der Intensivmedizin für sich ausschließen wollen, wenn es etwa um die Behandlung einer akut aufgetretenen Bewußtlosigkeit oder eine kompetente postoperative Betreuung geht. Befragungen von AIDS-Patienten liefern Belege, daß durchaus eine Verständigung mit vielen Patienten über den Einsatz der Intensivmedizin möglich ist und daß dadurch die zum Teil wirklich dramatischen Ängste vor der seelenlosen Apparatedizin deutlich abgebaut werden können. Der Weg aus dem scheinbaren Gegensatz zwischen Technikfeindlichkeit und Techniküberschätzung führt über Gespräche und Reagieren auf emotionale Befindlichkeiten, eine wirklich banale Feststellung, die aber im Klinikalltag nicht als unmittelbare Aufgabe verstanden wird, eher noch als lästige, zeitraubende Zusatztätigkeit.

Die heute so verbreitete Technik- und Apparatekritik bedarf noch aus zwei weiteren Gründen genauerer Betrachtung. Erstens, weil gerade die Macht- und Entscheidungsträger in Politik, Wirtschaft und sicher auch bei den Krankenkassen allen Bekundungen zum Trotz überwiegend von der Hochleistungstechnik fasziniert sind und diese im Falle eigener Erkrankungen als Privatpatienten oder zumindest bekannte Persönlichkeiten überreichlich erfahren. Wichtiger aber ist vielleicht noch, zu sehen, daß es nicht gelingen kann, souverän vorherzusagen, wo die hochtechnisierte Medizin entgegen weitverbreiteter Skepsis immer wieder unvorhergesehen beachtliche Erfolge erzielt, auf die dann nach einer gewissen Akzeptanzphase niemand verzichten

möchte. Daß heute auch hochbetagte Menschen an einer Aortenklappenstenose operiert werden können und damit aus dem Stadium der immobilisierenden hochgradigen Kurzlufatigkeit in Ruhe zu einer altersdurchschnittlichen Belastbarkeit zurückkehren können, sollte nicht nur aus Gründen der Redlichkeit bedacht werden. Diese und andere reale Fortschritte prägen nämlich fortlaufend die Erwartungshaltung gegenüber der Medizin, vielleicht durchgreifender als die flüchtigen Hoffnungen auf diese oder jene Außenseitermethode.

Es könnte ein Mißverständnis aufkommen: damit sind die Ausführungen zum Wandel des Krankheitspektrums und der Begrenztheit des biomedizinischen Modells nicht etwa falsch. In einer patientenorientierten Medizin muß vielmehr genau eingeübt werden, die Balance zwischen unnötiger Dämonisierung der Spitzenmedizin und der unsinnigen Anwendung des Hochleistungsarsenals zu realisieren und in der Kommunikation mit dem Patienten glaubhaft weiterzuvermitteln. Am Beispiel der Krebserkrankungen wird vielleicht besonders deutlich, um welche Herausforderungen es geht. Zwischen sehr gut medizinisch behandelbaren, in gewisser Weise beeinflussbaren und praktisch nicht beeinflussbaren Verläufen unterscheiden zu können, ist nicht allein eine ärztlich diagnostische Frage von herausragender Bedeutung, sondern in gleicher Weise ein Problem der Verdeutlichung und der Verhandlung im Prozeß der Kommunikation mit den Kranken. Ich werde bei meinen Überlegungen zu den Elementen einer neuen Medizin hierauf zurückkommen.

Zur Wirksamkeit psychosozialer Ansätze

Die Stärkung psychosozialer Ansätze zur Überwindung der Grenzen des biomedizinischen Ansatzes ist gewissermaßen eine Standardforderung der Medizinreform. Dabei wird immer wieder bezweifelt, ob es Beweise für die Wirksamkeit psycho- und sozialtherapeutisch gestützter Programme im Sinne der Verringerung der Mortalität und der Verbesserung der Überlebenschancen chronisch kranker Menschen gebe.

Diese Frage ist wichtig, obwohl sie in ihrer einseitigen Fixierung auf die Sterberaten und die durchschnittlichen Lebenszeiten außer acht läßt, daß die Bewertung des psychischen Wohlbefindens in doppelter Weise mindestens so bedeutsam ist: so ist Lebensqualität gerade bei chronischen Krankheiten und im hohen Alter ein Wert in sich selbst und seelische Stabilität schützt ein ganzes Stück vor der Inanspruchnahme fragwürdiger medizinischer Leistungen im Sinne der Strohalmtherapien.

Einleitend wird hingewiesen auf die klassische Studie von Berkman und Syme aus dem Jahr 1979, die über einen neunjährigen Zeitraum gezeigt haben, welch überragenden Einfluß das Ausmaß und die Stabilität sozialer Unterstützungssysteme für die Sterblichkeit haben. Hier finden sich somit erste entscheidende Hinweise auf die von den traditionellen Risikofaktoren getrennt wirksam werdenden sozialen Faktoren für frühzeitige Morbidität und Mortalität.

Die Studie von Ruberman und anderen aus dem Jahr 1984 zeigte nun am Beispiel der Sterblichkeit nach erlittenem Herzinfarkt in Spezifizierung der Social-Support-Theorie zweierlei:

Erstens vergrößert das Zusammentreffen der Faktoren soziale Isolierung und hoher Grad an Streßbelastungen das Sterberisiko gegenüber Patienten mit guter sozialer Unterstützung und geringem Streßprofil um das Vierfache.

Und zweitens läßt sich dieser »Risikofaktor« noch einmal von dem Effekt des Zusammenhanges von sozialer Schicht und Sterberaten ablösen. Die Autoren warnen vor einer kurzschlüssigen Interpretation ihrer Daten vor allem mit dem Hinweis, daß die Menschen natürlich viele der hier isolierbaren Belastungsfaktoren wie berufliche Belastung oder Vereinsamung nicht beliebig beeinflussen können. Bezogen auf die Such- und Handlungsrichtung der Medizin haben aber meines Erachtens nach derartigen Ergebnissen Beratung und Unterstützung der eine mindestens so große Bedeutung wie das Verschreiben von Betablockern oder Aspirin zur sogenannten Sekundärprophylaxe des Herzinfarkts.

Schließlich sei erinnert an die Studie von Spiegel u.a. aus dem Jahr 1989, die den Effekt von psychosozialer Be-

handlung für den Verlauf von Patientinnen mit metastasierendem Brustkrebs untersucht hatten. Die Intervention bestand über den Zeitraum eines Jahres in einem Gruppentreffen pro Woche, in der gemeinsamen Suche nach möglicher sozialer Unterstützung, in Gesprächen über die Krankheit und die damit verbundenen Ängste und dem Erlernen von Selbsthypnose zur Schmerzbekämpfung. Dieser einfach zu realisierende Ansatz beinhaltete nicht das Konzept des Kampfes gegen den Krebs mit Imaginationstechniken oder andere Formen der Sinnsuche. Die Überlebenszeit für die Behandlungsgruppe war etwa doppelt so lang wie für die Kontrollgruppe. Die wichtigen Confounder wie unterschiedliche Chancen vor Eintritt in die Studie konnten mit der erforderlichen Zuverlässigkeit ausgeschlossen werden. Vergleichbare therapeutische Effekte in der Biomedizin hätten ein unvergleichlich größeres Interesse gefunden.

Die Schlußfolgerung lautet, daß es eine Schieflage zwischen konventionellen biomedizinischen Studien und dem Mangel an derartigen psychologischen und sozialwissenschaftlichen Ansätzen gibt. Diese Schieflage ist angesichts des heutigen Krankheitspektrums auch jenseits der Frage nach der Etablierung wirksamer Primär- und Sekundärprävention nicht akzeptabel, da die Chancen zur Bewältigung chronischer Krankheiten als nicht annähernd ausgeschöpft gelten müssen.

Elemente einer sozialen Medizin

Welche Elemente müßte die kurative Medizin aufnehmen, um ihr hohes diagnostisches und therapeutisches Potential sinnhafter einsetzen zu können und sich zugleich als soziale Medizin zu begreifen?

Am Anfang steht das Thema Beteiligung und Ermutigung der Patientinnen und Patienten. Medizin muß eine hohe kommunikative und soziale Kompetenz mitbringen, um den nicht immer auf den ersten Blick zu erkennenden Erwartungen der Patienten gerecht werden zu können. Eine überdurchschnittlich aufgeklärte und aktive Selbsthilfebewegung hat im Fall der Aidserkran-

kung allerdings gezeigt, wie sehr Laienkompetenz in Prävention, Beratung und Betreuung wie beim Übersetzen medizinischen Fachverständes für Kranke Bedeutung erlangen kann. Daß dies für andere Gruppen von Kranken nicht in gleicher Weise vorstellbar ist, wird oft eingewandt; richtig ist natürlich, daß gerade diejenigen, die am meisten der psychosozialen Unterstützung bedürften, sich am wenigsten organisieren können. Aber warum muß eine soziale Medizin vor dieser Erkenntnis kapitulieren?

Qualitätssicherung ist das zweite Stichwort. Die Medizin muß sich im Bereich von Prävention, Vorsorge und Behandlung wissenschaftlichen Standards stellen. Am Bereich der Früherkennungen hat in einer Metastudie Abholz noch einmal verdeutlicht, daß längst nicht alles, was die Medizin im Screening-Bereich anbietet und in unserem System von den Krankenkassen finanziert wird, auf gesicherten Füßen steht. Die hierdurch neu entstehenden Arzt-Patient-Kontakte ohne greifbaren Effekt gehen in die Hunderttausende.

Im Bereich der Therapie zeigt eine Studie von Hontschik an einer chirurgischen Standardsituation, daß durch die Nutzung psychotherapeutisch gestützter Anamnesetechniken die Häufigkeit der Appendektomien vor allem bei Mädchen und jungen Frauen massiv gesenkt werden konnte, einfach weil Scheinlösungen für psychosoziale Konflikte mittels Operation vermieden wurden.

Es sollte endgültig die Fiktion aufgegeben werden, Ärzte könnten zu Universaltalenten ausgebildet werden, die mit ihren Kompetenzen allen Erwartungen der Patienten gerecht werden. Die beliebige Addition einer Großzahl wünschenswerter Befähigungen kann kein Modell für die Aus-, Fort- und Weiterbildung in der Medizin sein. Beansprucht die Ärzteschaft aber weiter ihre Allzuständigkeit, so geraten die psychosozialen Grundlagenfächer und die psychosomatische Medizin immer wieder ins Hintertreffen, sie werden zum Accessoir der Hochleistungsmedizin, welche im Alltag weiter ihren Eigengesetzlichkeiten folgt. Diese These erzeugt leicht das Mißverständnis, hier werde der Rückentwicklung zu einer seelenlosen Reparaturmedizin

das Wort geredet. Mir geht es um folgendes: Die angehenden Ärztinnen und Ärzte müssen selbstverständlich in Grundtechniken der Gesprächsführung unterrichtet werden, sie müssen problemorientierte Anamnesen erheben können, sie müssen einen Begriff von den sozialen Voraussetzungen von Gesundheit, Krankheit und Tod bekommen und so früh wie möglich im Studium mit den Problemen von Kranken konfrontiert werden. Genauso wichtig ist eine deutlich bescheidenere Rollenzuweisung an die Ärzteschaft und die systematische Einbeziehung der Disziplinen Krankenpflege, Psychologie, Sozialpädagogik und Sozialwissenschaften in die Alltagsroutine des Medizinbetriebs.

Ärztinnen und Ärzte würden durch die Einführung von Teamarbeit in die Alltagsroutine mehr von der psychosozialen Dimension der Krankheiten lernen als durch die bisherige Primärausbildung. Es kann vielleicht optimistisch stimmen, daß der letzte deutsche Ärztetag jetzt auch für den Bereich der ambulanten Praxis die Beteiligung anderer Berufsgruppen gefordert hat – die Praxis muß zeigen, was wirklich gemeint ist und umgesetzt wird. Das Modell Poliklinik der früheren DDR wurde ohne schlüssige Begründung geopfert, ehe seine möglichen Vorteile nach Behebung der offenkundigen strukturellen Defizite gegenüber dem westlichen Praxenmodell untersucht sein konnten. Ärztinnen und Ärzte können lernen, daß der Verzicht auf eine fiktive Allzuständigkeit befreiend ist und daß ihr Ansehen bei den Patientinnen und Patientinnen keineswegs darunter leidet, wenn fehlende Kompetenz und eigene Schwächen im Gespräch offengelegt werden. Genauso wichtig aber erscheint mir folgendes. So wie die heutigen Erwartungen an die Ärzte über lange Zeiträume gewachsen sind, könnten bei Entwicklung einer dem Krankheitspektrum angemessenen multiprofessionellen Struktur des

Medizinbetriebs die Patienten schrittweise lernen, ihre Erwartungen an die Ärzte realistischer zu gestalten.

Gesundheitswissenschaften und die Gesundheitsökonomie

Die Medizin ist wohl tatsächlich grenzenlos, aber vielleicht in anderer Weise, als die Gesundheitsökonomie dies vermutet. Die Grenzenlosigkeit ist nicht vordergründiger Ausdruck eines ausufernden Anspruchsdenkens der Patienten, sie ist auch nicht allein der Gewinnorientierung der Anbieter geschuldet, so sehr diese im Fall des medizinisch-industriellen Komplexes eine entscheidende Rolle spielt. Die Grenzenlosigkeit der Medizin spiegelt einerseits die tatsächlich erheblich gewachsenen Möglichkeiten der modernen Medizin wider. Die Probleme der Fehlnutzung medizinischer Leistungen aus wissenschaftlich-abstrakter Perspektive resultieren schließlich maßgeblich aus den übersteigerten Erwartungen an die Heilkunde, welche ein Garant für das ewige Leben und für die Befreiung von jeglichem Leiden sein soll. Daß es wichtig ist, die Vielfalt und auch die Konfusion der Erwartungen zu thematisieren und daß es sinnvoll ist, in die Förderung der Qualität der Kommunikation zwischen den Heilberufen und den Ratsuchenden mehr als bisher zu investieren, ist, wenn ich dies richtig sehe, bisher in der Denkwelt der Gesundheitsökonomien nur am Rande vorgesehen. Sie versuchen mit überwiegend technischen Hebeln zu steuern und sind dabei auf paradoxe Weise genau so eindimensional wie das von ihnen bearbeitete Medizinsystem. Die Gesundheitswissenschaften müssen ein Ort werden, diese entfernten Denkwelten zusammenzuführen und die Synergieeffekte interdisziplinärer Arbeit zu nutzen. Vielleicht gewinnt dann am Beginn des 21. Jahrhunderts die sprechende Medizin eine neue Chance.

LITERATUR

- Berkman CF, Syme SC. Social Networks, Host Resistance and Mortality: A Nine Year Follow-up Study of Alameda County Residents. *Am J Epidemiol* 1979; 109: 186-204.
- Domenighetti G, Casabianca A, Gutzwiller F, Martinoli S. Revisiting the Most Informed Consumer of Surgical Services. *The Physician – Patient. Intern J Technol Ass Health Care* 1993; 9: 505-13.
- Gerhardt U. Gesundheit – Ein Alltagsphänomen. Konsequenzen für Theorie und Methodologie von Public Health. P 93-206 Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung, Berlin 1993.
- Hjort P. Prevention: The Wish of Everybody, the Priority of Nobody. Keynote Speech at the EUPHA Annual Meeting, Copenhagen 1994.
- Hontschik B. Lebenskrise und chirurgische Eingriffe. Die Bedeutung innerfamiliärer Krisen für die Indikation der Appendektomie. In: *Integrierte Psychosomatische Medizin in Praxis und Klinik*, 2. Aufl. Uexküll Th von (Hrsg). Stuttgart, New York: Schattauer 1994: 53-62.
- Mitscherlich A. Krankheit als Konflikt. Studien zur psychosomatischen Medizin 1 + 2. Frankfurt am Main: Suhrkamp 1966 u. 1969.
- Sagan LA. Die Gesundheit der Nationen – Die eigentlichen Ursachen von Gesundheit und Krankheit im Weltvergleich. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt 1992.
- Schmacke N. Die Beschwörung von Lasten im Gesundheits- und Sozialwesen. Ein Beitrag zur Kontinuitätsdebatte. *Das Argument* 1992; 34: 254-67.
- Schmidt JG. Kritik der medizinischen Vernunft. Beiträge des 1. wissenschaftlichen Einsiedler-Symposiums. Mainz: Kirchheim 1994.
- Siegrist J. Arbeit und Interaktion im Krankenhaus. Stuttgart: Enke 1978.
- Skrabanek P. The Death of Humane Medicine and the Rise of Coercive Healthism. Suffolk: St Edmundsbury Press Ltd. 1994.
- Spiegel D, Bloom JR, Kraemer HC, Gottheil E. Effect of Psychosocial Treatment on Survival of Patients with Metastatic Breast Cancer. *Lancet* 1989; ii: 888-91.

Weiterführende Literatur beim Verfasser

Anschrift des Verf.:
Priv.-Doz.
Dr. med. N. Schmacke
Leiter der Akademie für
Öffentl. Gesundheitswesen
Auf'm Hennekamp 70
D-40225 Düsseldorf

Hepatologie

*E. Holm, T. Filser, D. Jentschura,
K. I. Tesdal, M. Tokus, L. Gromer,
A. Schümann, H. Leweling, F. Behne*

Portosystemische Anastomosen – Stoffwechsel und Klinik

90

Hämostaseologie

*J. Harenberg, G. Huhle, L. Piazzolo,
R. Malsch*

Neue Entwicklungen auf dem Gebiet der Therapie der Thrombose

103

*U. Staedt, A. Scherhag, M. Tokus,
W. Kirschstein, B. Krumm, H. Keller*

Zur Bedeutung von Fibrinogen für hämorheologische Parameter

108

Kardiologie

*A. Scherhag, S. Pfleger,
W. Kirschstein, J. Saur,
Anja A. Schreckenberger, U. Staedt*

Pharmakologische Streßchokardiographie in der Diagnostik
der koronaren Herzkrankheit

111

*H. Keller, B. Stegaru, J. Buss,
W. Kirschstein, U. Staedt*

Ausmaß und Verteilung der Myokardhypertrophie, bei der hypertrophen
Kardiomyopathie und der hypertensiven Herzerkrankung

119

Varia

N. Schmacke

Grenzenlose Gesundheit und die Grenzen der Gesundheitsökonomie

130

Stichwortverzeichnis

50

Impressum

66