

**Das ungenutzte Potential der Medizin**  
Analyse von Gesundheit und Krankheit  
zu Beginn des 21. Jahrhunderts

Johannes Bircher  
Karl-H. Wehkamp

Erste Auflage September 2006

Alle Rechte vorbehalten

Copyright © 2006 by rüffer& rub Sachbuchverlag, Zürich

ruefferundrub@bluewin.ch

www.ruefferundrub.ch

www.meikirch-modell.net

Druck: WS Bookwell Oy, Finnland

ISBN 10: 3-907625-31-5

ISBN 13: 978-3-907625-31-6

## Einleitung

Seit dem Ende des 20. Jahrhunderts wird wieder vermehrt von der Krise der Medizin gesprochen. Als sichtbarste Zeichen stehen die Finanzierungsproblematik, der Rationalisierungsdruck und die Verrechtlichung im Vordergrund. Bei sorgfältiger Wahrnehmung kann man auch viele andere kritische Entwicklungen der Medizin feststellen. Die Schere zwischen dem Potential und der praktischen Realisierung der Medizin öffnet sich immer weiter. Deshalb ist heute ein Lösungsansatz nötig, der die Probleme der Medizin nicht – wie bisher – einfach irgendwie verschiebt, sondern sie aus einer grundsätzlich neuen gedanklichen Ebene heraus angeht. Gesucht ist gewissermaßen der Archimedische Punkt<sup>+</sup>, mit Hilfe dessen die Medizin überholte Denkschemata verlassen und durch neue Modelle ersetzen kann, die allen betroffenen Menschen besser dienen. Nichts weniger als dies sehen wir als die Herausforderung der heutigen Zeit.

Das vorliegende Buch baut auf der Hypothese auf, daß ein besseres Verständnis von Gesundheit und Krankheit diesem Archimedischen Punkt nahekommt. Bisher gab es aber in unserer Gesellschaft keinen Konsens über diese beiden Begriffe, und deshalb sind sie nicht hilfreich. Im Gegenteil, sie werden unscharf gebraucht, und jedermann manipuliert sie so, wie sie ihm für seine eigenen Zwecke gerade opportun erscheinen. Dies hat nicht nur zu Verständnisschwierigkeiten geführt, sondern es verunmöglicht geradezu eine sinnvolle Neuordnung von Medizin und Gesundheitswesen. Aus dieser Erfahrung heraus beschäftigten wir uns mit einer neuen Definition von Gesundheit und Krankheit. Dabei kamen wir zum Schluß, daß eine

konsequente Anwendung dieser Definition für die Medizin viele ungeahnte Chancen eröffnet, sich in der Gesellschaft konstruktiver und effektiver einzubringen als bisher. Als Konsequenz müßte das Potential der Medizin in Zukunft wesentlich besser genutzt werden können. Dies in den verschiedensten Bereichen der Medizin aufzuzeigen, ist der Sinn unseres Buches. Dabei sind wir uns bewußt, daß unsere Ausführungen nicht abschließend sein können. Wir freuen uns, wenn sie als Anstoß für einen lebendigen gesellschaftlichen Diskurs dienen. Dazu steht im Internet auch unsere Homepage [www.meikirch-modell.net](http://www.meikirch-modell.net) mit einem Diskussionsforum zur Verfügung.

Um den Zugang zu dieser komplexen Materie zu erleichtern, haben wir eine Rahmengeschichte entwickelt, wie sie sich in jedem Arztleben ereignen könnte – auch wenn alle handelnden Personen frei erfunden sind.

Johannes Bircher  
Karl-H. Wehkamp

\* Archimedes lebte von 287 bis 212 v. Chr. in Syrakus auf Sizilien und formulierte als erster die Gesetze der Hebelkraft. Als anschauliches Beispiel postulierte er, daß er selbst die Welt aus den Angeln heben könnte, wenn er nur einen festen Punkt (als Drehpunkt, natürlich außerhalb der Erde) hätte sowie einen genügend langen und stabilen Hebel.

## Vorwort

### Medizin heute: Argumente für einen Paradigma-Wechsel

Ein Buch über ungenutztes Potential oder falschen Einsatz der Mittel oder ein neues Konzept? Für mich handelt es sich doch vorwiegend um das letztere. Seit Jahrhunderten – mit größerer Geschwindigkeit seit Jahrzehnten – entwickelt sich die Medizin in Richtung Perfektionierung des »biomedizinischen« Ansatzes, der Vervollkommnung der technischen Möglichkeiten. Als Resultat einer gewissen Anerkennung der großen Erfolge der Medizin ist gleichzeitig auch der Glaube der Gesellschaft – und des Individuums – an die Vollmacht der Mittel und Therapien gewachsen. Zudem zeigt sich in allen Lebensbereichen in der westlichen Welt nicht nur ein Anspruch, sondern gar ein »Recht« auf Wohlbefinden, Glück und Sicherheit. Für den Bereich Medizin heißt das, alle möglichen Mittel frei zur Verfügung zu haben – ob sie wirklich effizient sind oder nicht – sowie Wellness und andere Methoden zu fordern, um – nach einem Idealbild strebend – den körperlichen und psychischen Zustand über das normale Maß hinaus zu verbessern.

Das vorliegende Buch stellt romanhaft den Erlebnisbericht dreier junger Ärzte dar, zuerst aus ihrer Studentenzzeit, nachher aus der Zeit ihrer Weiterbildung. Mit offenen Augen und offenem Sinn werden sie sich klar darüber, daß es mit der Medizin nicht so weitergehen kann. Bei der Suche nach neuen Lösungsansätzen realisieren sie aber, daß die Ansprüche an den Beruf des Arztes größer sind, als sie erwartet hatten. In seiner Haut muß nicht nur ein biologischer Wissenschaftler, ein sozial kompetenter und perfekter Kommunikator stecken,

sondern auch eine menschlich integre Persönlichkeit sowie ein pädagogisch einwandfreier Lehrer mit viel Überzeugungskraft.

Unsere drei Helden wollen das System ändern, fühlen sich jedoch häufig blockiert, zum Beispiel wenn sie realisieren, was sich am Ende vieler Diskussionen über neue Wege zeigt: Es herrscht immer noch die Meinung vor, daß der Arzt eigentlich für alles allein verantwortlich sein soll. Das schafft er natürlich meistens nicht. Wer will und kann ihm dabei wirklich helfen?

Bircher und Wehkamp versuchen, eine rationale Begründung für eine menschliche und ganzheitliche Medizin vorzulegen, und präsentieren damit eine interessante Grundlage für die Auseinandersetzung mit den vielen Konsequenzen der rasanten medizinischen Entwicklung sowie der gesellschaftlichen und individuellen Ansprüche.

Der vorliegende Titel weckt viele Erwartungen und erreicht auch wichtige Ziele. Dazu gehört ein fundierter Anstoß zu einem Paradigmen-Wechsel, weg von der Technik, hin zum Menschen. Die neusten Reformen in den medizinischen Fakultäten der Schweiz haben einiges in dieser Richtung getan, und die angehenden Ärzte werden diese »Bagage« gut brauchen können. Andererseits darf die Betonung der sozialen, psychologischen und zwischenmenschlichen Aspekte nicht dazu führen, daß die wissenschaftlichen Grundlagen der Funktion des menschlichen Körpers vernachlässigt werden. Die Autoren gehen auch der Frage nach, wie die Medizin in Zukunft wirkungsvoller in die Gesellschaft integriert werden könnte. Zu diesem Zweck legen sie eine systemtheoretische Analyse vor und unternehmen den interessanten Versuch, die Identität der Medizin zu beschreiben. Im Interesse zukünftiger gesellschaftlicher Entwicklungen hoffe ich, daß dieser Anstoß eine lebendige Diskussion und brauchbare Konsequenzen auslösen wird.

Der Leser hat ein originelles, ja provokatives Buch in seinen Händen. Der Text zwingt dazu, viele wichtige Facetten von Gesund- und

Kranksein neu wahrzunehmen. Die Autoren wollen aber mehr: Sie wollen uns zu einem Umdenken, zu neuen Definitionen von Gesundheit und Krankheit und zu einer neuen Betrachtung der Medizin bewegen. Dabei bleibt der Hauptbetroffene, der kranke Mensch, seine Erwartungen, seine Menschenwürde im Mittelpunkt.

Prof. Dr. med. Peter M. Suter, Universität Genf

Präsident der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften

# 1. Die Medizin des 21. Jahrhunderts, ein großartiges kulturelles Erbe der Menschheit

## Thesen

1. Viele Ärzte, Pflegende und andere medizinische Fachpersonen wählen ihren Beruf mit großem Idealismus, der im Verlauf ihres Berufslebens in Zynismus oder Resignation umschlägt. Damit wird auf unverantwortliche Weise ein enormes menschliches Potential vergeudet.
2. Das Potential der heutigen Medizin stellt ein großartiges kulturelles Erbe dar, dessen sich alle Menschen und besonders die Angehörigen der Gesundheitsberufe sowie die Politiker bewußt sein sollten.

Drei Monate vor dem Abitur verkündete der Gymnasiast Jens König aus Mainz, er wolle wie sein Onkel Arzt werden. Auf die Frage seines Vaters, was ihn zu dieser Wahl veranlaßt habe, antwortete Jens: »Onkel Alexander kam immer zu mir, wenn ich krank war, und hat mir geholfen, gesund zu werden. Ich will auch etwas Sinnvolles für andere Menschen tun, und da erscheint mir der Arztberuf der beste.«

»Ich weiß, daß Alexanders Arbeit ausgesprochen anspruchsvoll ist und enormen Einsatz fordert. Willst du das wirklich?«

»Ganz bestimmt!«

»Mach nach dem Abitur zunächst einmal ein Praktikum im Krankenhaus, und dann sprechen wir wieder miteinander.«

Während seiner Praktikumszeit erlebte Jens, wie viel Erleichterung er seinen Patienten schon als Hilfspfleger verschaffen konnte. Zugleich war er tief betroffen davon, daß nicht alle Patienten wieder vollständig gesund wurden, einige sogar starben. Das beschäftigte ihn sehr. Während der Arbeit spürte er jedoch auch, daß sich selbst schwerkranke Patienten von seinem Engagement unterstützt fühlten. Noch während des Praktikums war Jens überzeugt, sein Berufsziel gefunden zu haben; er ging zu seinem Vater und bat ihn um Unterstützung für das Medizinstudium. Vater König ließ sich von der Ernsthaftigkeit seines Sohnes überzeugen und erklärte sich bereit, Jens das Studium zu finanzieren. Im Herbst des gleichen Jahres immatrikulierte Jens sich an der Universität.

Diese Geschichte ist typisch für die Berufswahl vieler Ärzte, Pflegenden und anderer medizinischer Fachkräfte. Als junge Menschen entschließen sie sich mit viel Idealismus, ihr Leben zum Nutzen kranker Mitmenschen einzusetzen. Viele hatten ärztliches Handeln an sich selbst erlebt; andere sorgten sich um ein krankes Mitglied ihrer Familie und erfuhren dabei, was medizinische Hilfe bedeutet.

Jens bekam einige Härten seines zukünftigen Berufs schon im Studium zu spüren. Er mußte sich außerordentlich viel Wissen aneignen, oft ohne die Bedeutung der einzelnen Bestandteile zu verstehen. Dabei half ihm, daß er Kommilitonen fand, mit denen er über die Ungereimtheiten des Studiums schimpfen konnte: den unternehmungslustigen Peter Sommer und den eher gelassenen Frieder Pe-

tersen. Peter und Frieder nahmen wie Jens das Studium sehr ernst, weil sie sich auf den Arztberuf so gut wie möglich vorbereiten wollten. Sie freundeten sich an, bereiteten ihre Examina miteinander vor und tauschten sich über fachliche Probleme aus. Für Jens war das Sezieren von Leichen nicht leicht zu ertragen. Er schlief auch nicht gut, nachdem er zum ersten Mal einen Hautschnitt in der Chirurgie sah, bedeutete dieser doch die Verletzung der Integrität eines Menschen. In den Praktika erlebten die Studenten auch Patienten, die wegen Fehldiagnosen leiden mußten. In solch schwierigen Momenten half Jens der Austausch mit seinem Onkel, der die Probleme der Medizin in einen größeren Zusammenhang stellen konnte. Ebenfalls hilfreich waren die Vorlesungen in Medizingeschichte von Prof. Josef Bauer, der eindrücklich aufzeigte, in welchen Schritten die Medizin zu dem geworden ist, was sie heute darstellt.

### **1.1 Was hat die Medizin erreicht?**

---

Noch bis Mitte des 19. Jahrhunderts betrug die mittlere Lebenserwartung ungefähr 40 Jahre. Das genügte, um Kinder großzuziehen und die Menschheit zu erhalten. Im Fall einer Krankheit mußte jedoch meist der Natur ihren Lauf gelassen werden. Epidemien wie Cholera, Pest, Pocken, Tuberkulose, Kinderlähmung und andere Krankheiten bedrohten das Leben der Menschen. Ärzte mußten praktisch hilflos zuschauen, von Aderlässen und Klistieren war gegen solche Geißeln keine wirksame Hilfe zu erwarten. Es ist deshalb nicht verwunderlich, daß Abbildungen von Totentänzen an so vielen historischen Stätten gefunden werden.

Inzwischen beträgt in weiten Teilen Europas die mittlere Lebenserwartung ungefähr 80 Jahre. Cholera, Pest, Pocken, Kinderlähmung und Tuberkulose stellen keine tödlichen Bedrohungen mehr dar. Moderne Medikamente verschaffen Linderung von vielen Beschwerden. Dafür wenden wir jedes Jahr – direkt und indirekt – mehr als zehn Prozent unseres Einkommens für unsere Gesundheit auf und unterhalten somit eine hochentwickelte Medizin, die uns vor Krankheit schützen und im Fall einer Erkrankung möglichst effektiv helfen soll. Auch wenn die längere Lebenserwartung nur teilweise auf medizini-

sche Leistungen zurückzuführen ist, verschaffen uns diese ein außerordentlich hohes Maß an Sicherheit. Aus Sicht vergangener Zeiten stehen heute phantastische Möglichkeiten zum Erhalt von Leben, zur Verbesserung der Lebensqualität, zur Lebensverlängerung und zur Erklärung unserer menschlichen Natur zur Verfügung.

Ein relativ klares Bild der Medizin ergibt sich am ehesten durch einen Blick auf die Entwicklung der Kernbereiche der Individualmedizin, die der Verbesserung von Diagnostik und Behandlungsmethoden dienen. Je näher man an die Gegenwart herankommt, desto schneller scheint das Tempo der Innovationen zu sein, das medizinische Wissen vermehrt sich in immer kürzeren Abständen. Die bildgebende Diagnostik und die Labordiagnostik führen zu überraschend präzisen räumlichen und biochemischen Vorstellungen des Körperinneren in Struktur und Funktion. Endoskopische und angiographische Verfahren ermöglichen schonende Therapien an Krankheitsprozessen, die weit von der Körperoberfläche entfernt sind. Die Chirurgie setzt immer kleinere Verletzungen, bearbeitet zunehmend feinere Strukturen, überwindet durch Miniaturisierung der Instrumente die Begrenzungen der menschlichen Hand und nutzt computergestützte Verfahren zur Vorbereitung, Durchführung und Nachbeobachtung ihrer Eingriffe. Organe können übertragen, Gewebe gezüchtet und eingepflanzt werden. Viele dieser Entwicklungen sind nur durch die moderne Pharmakologie möglich geworden. Ohne Schmerztherapie und Anästhesie ist keine Chirurgie denkbar, und ohne medikamentöse Unterdrückung der Immunantwort gelingen keine Organtransplantationen. Impfungen haben die Häufigkeit vieler Infektionskrankheiten massiv vermindert, Antibiotika andere reduziert oder verschwinden lassen. Grundsätzlich können heute schwere Viruskrankheiten wie die HIV-Infektion relativ erfolgreich behandelt werden. Die modernen Medikamente helfen den Patienten mit chronischen Krankheiten derart, daß viele ein nahezu normales Leben führen können. Beispiele sind Zuckerkrankheit, Bluthochdruck und Asthma bronchiale. Viele chirurgische Maßnahmen sind erst durch Arzneimittel möglich geworden, andere wurden durch Medikamente ersetzt.

Die Psychotherapien sind im Grenzgebiet von herkömmlicher Medizin, Psychologie, Pädagogik, Coaching und Seelsorge angesiedelt. Durch beeindruckende Fortschritte neurowissenschaftlicher Erkenntnisse könnten die Grenzen zwischen diesen Disziplinen überwunden werden und dabei völlig neue Denk-, Präventions- und Therapiekonzepte entstehen.

Die Sozial- und Präventivmedizin, auch Public Health genannt, ist für die Gesundheit der Bevölkerung, ihre Lebensqualität und ihre Lebensdauer wahrscheinlich wichtiger als die Individualmedizin. Im Stillen und unbemerkt schützen sozialmedizinisch kontrollierte Einrichtungen wie Lebensmittelkontrollen, Abfallbeseitigung, Umwelthygiene, Kanalisation, Versorgung mit sauberem Wasser und Impfprogramme unsere Gesundheit. Deshalb kennen wir in Mitteleuropa viele gefährliche Krankheiten wie Pocken, Cholera, Pest oder Kinderlähmung nicht mehr. Es bleiben aber immer noch Herausforderungen wie die AIDS-Pandemie, das Rauchen und die Fettsucht. Dazu kommen neue Infektionskrankheiten wie SARS oder die Vogelgrippe sowie Gefährdungen durch biologische Waffen.

**[Tab. 1.1] Einige Meilensteine in der Entwicklung der Medizin<sup>+</sup>**

1628	Entdeckung des Blutkreislaufs durch William Harvey (1578–1657) <sup>++</sup>
1796	Edward Jenner (1749–1823) entwickelt Pockenschutz durch Impfung mit dem Virus der Kuhpocken.
1816	René T. H. Laënnec (1781–1826) entwickelt das erste Stethoskop.
1846	Zahnarzt Thomas G. Morton (1819–1868) demonstriert die Äthernarkose.
1856	Claude Bernard (1813–1878) begründet die experimentelle Physiologie und beschreibt die Konstanz des inneren Milieus, die Homöostase.
1860	Florence Nightingale (1820–1910) eröffnet die erste Pflegeschule in London.
1863	Henry Dunant (1828–1910) gründet das Rote Kreuz.
1864	Louis Pasteur (1822–1895) entdeckt, daß das Verderben von Nahrungsmitteln durch Bakterien durch Erhitzen verhindert werden kann.

1881	Otto von Bismarck (1815–1898) verliert im Parlament die »Magna Charta der deutschen Sozialversicherung«: Sie begründet zum ersten Mal einen Rechtsanspruch der Arbeiter auf Leistung bei Krankheit, Invalidität und materieller Not im Alter.
1882	Robert Koch (1843–1910) entdeckt die Tuberkelbazillen.
1888	Max von Pettenkofer (1818–1901) führt im Operationssaal die Keimfreiheit ein.
1895	Wilhelm K. Röntgen (1845–1923) entdeckt die Röntgenstrahlen.
1896	Riva Rocci (1863–1937) führt die Blutdruckmessung mittels Manschette ein.
1899	Sigmund Freud (1856–1939) publiziert die »Traumdeutung«: Damit ist das Unbewußte des Menschen entdeckt.
1903	Willem Einthoven (1860–1927) entdeckt das Elektrokardiogramm (EKG).
1911	Eugen Bleuler (1857–1939) prägt den Begriff »Schizophrenie«.
1912	Alfred Adler (1870–1937) publiziert »Über den nervösen Charakter« und begründet damit die Individualpsychologie.
1913	Carl G. Jung (1875–1961) publiziert »Wandlungen und Symbole der Libido« und begründet die komplexe Psychologie.
1921	Frederick Banting (1891–1941) und Charles Best (1899–1978) gewinnen Insulin vom Hund.
1929	Alexander Fleming (1881–1955) entdeckt Penicillin. <sup>***</sup>
1929	Hans Berger (1873–1941) publiziert seine Entdeckung des Elektroenzephalogramms (EEG).
1945	Willem J. Kolff (geb. 1911) entwickelt die künstliche Niere (Dialyse).
1948	Lithium wird bei Patienten mit manisch-depressiven Zuständen als wirksame Substanz anerkannt.
1948	Gründung der Weltgesundheitsorganisation (WHO)
1952	Charles Hufnagel (1916–1989) setzt die ersten künstlichen Herzklappen ein.
1953	John H. Gibbon (1903–1973): Herzlungenmaschine erlaubt Operationen am offenen Herzen.
1954	Joseph E. Murray (geb. 1919): erfolgreiche Nierentransplantation bei eineiigen Zwillingen

1954	Chlorpromazin ist als erstes Medikament wirksam bei Patienten mit schweren Psychosen.
1955	Jonas Salk (1914–1995) entdeckt Impfstoff gegen Kinderlähmung; 1957 entwickelt Albert Sabin (1906–1993) die Schluckimpfung.
1957	Michael Balint (1896–1970) publiziert »Der Arzt, der Patient und seine Krankheit«. Seine Methode ist heute als »Balintgruppe« bekannt.
1957	Imipramin wird als Antidepressivum erkannt.
1958	Ake Senning (1915–2000) setzt den ersten Herzschrittmacher bei einem Patienten ein.
1963	Thomas Starzl (geb. 1926) gelingt die erste Lebertransplantation am Menschen.
1964	William F House (geb. 1923) ermöglicht tauben Patienten, mit einem cochlearen Implantat zu hören.
1964	Deklaration von Helsinki festigt die Ethik der klinischen Forschung.
1965	Paul Watzlawick (geb. 1921) und Gregory Bateson (1904–1980) entwickeln paradoxe Interventionen.
1967	Christian Barnard (1922–2001) wagt erste Herztransplantation.
1971	Godfrey N. Hounsfield (1919–2004) wendet die erste Computertomographie am Menschen an.
1974	In der Behandlung schwerer Psychosen hat Clozapin weniger Nebenwirkungen als Chlorpromazin.
1975	Richard Bandler (geb. 1950) und John Grinder (geb. 1940) begründen das Neurolinguistische Programmieren (NLP).
1977	Andreas Grünzig (1939–1985): erste Ballondilatation der Herzkranzgefäße
1978	Magnetresonanztomographie (MRT) des Gehirns durch Ian R. Young (geb. 1932) und Hugh Clow in der englischen Firma EMI
1980	Einführung der minimal-invasiven Chirurgie
1980	Die WHO erklärt die Pocken für ausgerottet.
1981	AIDS als neue Krankheit identifiziert
1986	Ottawa-Charta der WHO zur Gesundheitsförderung
1986	Verengte Gefäße am Herzen werden durch Ulrich Sigwart in Lausanne mit Stents aus Metall offengehalten.

1989	Erste kommerzielle Positronemissionstomographie (PET) mit hochauflösenden Bildern
1996	Eröffnung des ersten pflegewissenschaftlichen Bachelor- und Master-Studienganges im deutschen Sprachraum an der Universität Witten/Herdecke
1997	Erste Erkrankung von Menschen am Virus der Vogelgrippe (Influenza H5N1)
2000	Stents in Gefäßen werden pharmakologisch beschichtet, damit sie sich weniger rasch verschließen.
2002	Charta zur ärztlichen Berufsethik
2002	Dreidimensionale Tomographie ergibt dreidimensionale Bilder des Körperinnern.
2003	Virus von SARS (Schweres Akutes Respiratorisches Syndrom) als Corona-Virus identifiziert
2003	Human Genome Project vollendet

\* Die Auswahl der Erfindungen und Neuerungen ist willkürlich, die Jahreszahlen bezeichnen so genau wie möglich die Entdeckung oder die erste Anwendung. In der Regel dauerte es Jahre oder Jahrzehnte, bis eine Technik in der klinischen Praxis mit Erfolg angewendet werden konnte.

\*\* Die Namen repräsentieren Pioniere, die sich für die beschriebenen Techniken entscheidend eingesetzt haben. Alle stützen sich aber auf frühere Erfindungen; ihre Innovationen wurden von anderen Wissenschaftlern bis zur heutigen Perfektion weiterentwickelt.

\*\*\* Seither gab es viele therapeutische Revolutionen durch die Einführung zahlreicher hochwirksamer Arzneimittel wie Analgetika, Anästhetika, Antibiotika, Antihistaminika, Antihypertensiva, Antikoagulantien, Antirheumatika, Betablocker, Kontrazeptiva, Kortikosteroide, Psychopharmaka, Virostatika, Zytostatika.

Daß eine wirksame Therapie oft weite Umwege zurücklegen muß, illustrierte Prof. Bauer am Beispiel des Ulcus duodeni, des Zwölffingerdarmgeschwürs. In der ersten Hälfte des 20. Jahrhunderts fanden Forscher heraus, daß diese Patienten im Durchschnitt mehr Magensäure produzieren als Gesunde. Zur Therapie dieser häufigen Krankheiten wurde deshalb die Säure mit Hilfe von säurebindenden Stoffen, den sogenannten Antacida, gepuffert. Das linderte einen Teil der Symptome, befriedigte aber nicht ganz, denn die Mehrheit der Patienten mußte wegen Komplikationen operiert werden. Als es gelang, die Säurebildung des Magens mit Medikamenten zu hemmen, heilten die Geschwüre, und die ideale Therapie schien gefunden. Doch es kam immer wieder zu Rückfällen, sobald die Arzneimittel abgesetzt wurden. Inzwischen ist bekannt, daß das Ulcus duodeni durch einen Erreger, nämlich den *Helicobacter pylori*, hervorgerufen wird. Kann der Keim durch Antibiotika eliminiert werden, ist der Patient langfristig geheilt.

Die Studierenden wurden von Prof. Bauer stets darauf hingewiesen, daß sie Erben einer unendlich großen Forschungs- und Entwicklungstätigkeit seien. Ohne entsprechendes Engagement von ihrer Seite würden sie das Potential der Medizin nicht nutzen können. Weltweit stoße eine große Zahl von Forschern in vielen Bereichen weiter vor, was heute utopisch erscheine, könne schon bald Wirklichkeit werden. So unternehme zum Beispiel die Hirnforschung dank hochentwickelter Geräte einen erneuten Versuch, die Beziehung zwischen unserem Geist und seiner materiellen Grundlage – dem Gehirn – weiter zu präzisieren. Die Molekularbiologie fördere die Gen- und die dazugehörige Proteinforschung. Der Einsatz von Stammzellen für therapeutische Zwecke werde vorangetrieben, und auch das Klonen mache Fortschritte. Die Nanotechnologie und die Robotik arbeiteten an neuen Zugängen zum Körper. Die Informatik unterstütze diese Projekte, befinde sich aber auch in einer eigenen Dynamik.

### **1.2 Die Biologie dringt in immer mehr Lebensbereiche vor**

---

Prof. Bauer bat den Kollegen aus der Pharmakologie zu berichten, wie sein Fach dazu beitrage, das Einsatzspektrum der Medizin auf

zahlreiche Aspekte des täglichen Lebens auszuweiten. Am anschaulichsten, so der Kollege, zeige sich das an der 1951 von Carl Djerassi entdeckten und 1961 von Schering entwickelten Anti-Baby-Pille, die es ermöglicht, einen natürlichen Vorgang – die Zeugung – dem menschlichen Willen zu unterwerfen: Hier tritt erstmals ein »Lifestyle-Medikament« mit enormen gesellschaftlichen Auswirkungen auf den Plan. Die Indikation ist weder die Behandlung noch die Prävention einer Erkrankung, sondern der Wunsch, Sexualität und Fortpflanzung voneinander zu trennen und Souveränität gegenüber einer unerwünschten Schwangerschaften auszuüben. Aus der gleichen Medikamentengruppe stammen jene Sexualhormone, die die ursprünglich »natürlichen« Symptome der Menopause mildern oder vermeiden sollen. Ihr Nutzen-Risiko-Verhältnis hat sich allerdings in den letzten Jahren nicht als günstig erwiesen. Deshalb ist ihre Anwendung wieder stark zurückgegangen. Dafür wächst das Angebot an Arzneistoffen, die Lust und Lebensfreude, Fitneß, Schönheit oder Steigerung der sexuellen Potenz versprechen. Auf dem Feld der Pharmakologie ist die Medizin fast unbemerkt zu einem Agenten des »Lifestyle-Designs« geworden: »Anti-Aging«-Konzepte, potenzsteigernde Präparate und »Wellness-Medizin« bedienen rasch wachsende Märkte, die sich mit Hilfe des Internet-Handels direkt an den Endverbraucher wenden und sich damit der Kontrolle von Ärzten und Apothekern entziehen.

Zwischen Pharmaindustrie und Lebensmittelbranche entstehen zudem gemeinsame Aktionsfelder. Neu ist die wissenschaftlich gestützte Entwicklung spezifischer Nahrungsergänzungsmittel, die beispielsweise eine Stärkung der Abwehrkräfte durch sogenannte Probiotika versprechen. Schließlich werden sogar zunehmend Kleidungsstücke pharmakologisch »aufgeladen«, indem Textilien mit antiallergischen oder hautpflegenden Stoffen angereichert werden. Die Beispiele Nahrung und Kleidung zeigen, wie sehr »medizinische« Aspekte in Produkte unseres täglichen Lebens einfließen, um ein besseres oder angenehmeres Leben zu versprechen und teilweise auch zu bieten. Damit verschwimmen die Grenzen der Medizin. Die Formel des medizinisch Notwendigen, die immerhin die Kosten-

übernahme durch Krankenkassen auslösen soll, verliert ihre regulative Funktion, weil Medizin, Lifestyle, neuerdings auch Healthstyle genannt, und Lebensmittel – im weitesten Sinne des Wortes – miteinander verschmelzen.

### 1.3 Organisatorische und gesellschaftliche Entwicklungen

Ein Blick auf die Ausdifferenzierung der Medizin zeigt eine fortlaufende Vermehrung des Wissens und eine ungebremsste Zunahme der Fachdisziplinen. Es entstehen neue Berufsfelder und neue Qualifikationen. Daß diese Vielfalt neben ihren Vorteilen auch Defizite verursacht, daß sie vor allem auch ein steigendes Arbeitsvolumen, einen zunehmenden Verbrauch von Geld und anderen Ressourcen verschlingt, liegt auf der Hand. Zudem erfordert sie ein neues Sozialverhalten. Im Interesse der Patienten ist eine gute Kooperation unerläßlich, während Selbstinszenierung, Machtansprüche und autoritäres Verhalten sich als schädlich erweisen. Auch die Informationstechnologie macht vor den Fachdisziplinen nicht halt, sondern muß nach übergeordneten Gesichtspunkten organisiert werden. Damit verändern sich die Arbeitsabläufe, und das Selbstverständnis vieler Ärzte wird in Frage gestellt. Neue Organisationsformen werden unumgänglich.

Die Informationstechnologie unterstützt die medizinischen Entscheidungsprozesse in einem wichtigen Sinn. Informationen aller Art können rasch im internen und globalen Netz eingegeben und abgefragt werden. Rechnerbasierte Prognosebewertungen und Kosten-Nutzen-Analysen, weltweit vernetzte medizinische Datenbanken und neue Optionen der Bildübertragung sowie der Patienten(fern)-überwachung mittels elektronischer Systeme (E-Health) erweitern die Möglichkeiten ungemein. Diese Entwicklungen stehen erst am Anfang und lassen weitere Ausschöpfungspotentiale erwarten. Vor allem weisen diese Neuerungen darauf hin, wie sehr die praktische Medizin mit der allgemeinen gesellschaftlichen Entwicklung verbunden ist.

Die Informatik hat dazu geführt, daß sich die Medizin einem Prozeß der Nutzen- und Kostenbewertung ausgesetzt sieht. Daraus ist eine neue gedankliche Ebene entstanden: Neben der Medizinso-

## [Tab. 1.2] Neue Formen der Bewertung medizinischer Dienstleistungen

---

Evidenzbasierte Medizin (EbM)

---

Qualitäts- und Wirtschaftlichkeitsanalytik (Kosten-Nutzen-Bewertungen)

---

Qualitätszirkel, Critical Incidence Monitoring (CRI) – Meldesystem für kritische Ereignisse

---

Zertifizierungen

---

Health Outcome Analysis – Ergebnismessung für Gesundheitsmaßnahmen

---

Bench-Marking – Vergleich mit den Besten der Branche

---

Qualitätsberichte mit Veröffentlichungspflicht im Internet

---

Externe Klinikbewertungen

---

Patientenbefragungen

---

Untersuchung des Empowerment der Patienten

---

ziologie und Medizinethik hat sich eine medizinische Ökonomie etabliert, die in enger praktischer Verbindung zum Qualitätsmanagement steht. Ihre Vertreter fordern immer nachdrücklicher einen Wirksamkeitsnachweis medizinischer Maßnahmen. Die persönliche Erfahrung der ärztlichen und pflegerischen Fachpersonen werden zunehmend durch wissenschaftlich begründete Meßverfahren auf Basis großer Datenmengen, das heißt durch die sogenannte evidenzbasierte Medizin, verdrängt.

Am Schluß des Vorlesungszyklus lud Prof. Bauer die interessierten Studierenden zu sich nach Hause ein, um mit ihnen über die Errenschaften der Medizin im persönlichen Gespräch nachzudenken. Denn, so der Dozent: »Wenn ihr euch für eine gute Medizin stark macht, wird sich ihr Potential entfalten. Entscheidend ist, daß ihr euch nicht im Alltagsgeschäft verliert. Ihr müßt versuchen, immer wieder die größeren Zusammenhänge zu sehen und über sie zu reflektieren.«

Dazu ergab sich bald eine Gelegenheit.

## 2. Schattenseiten der Medizin

### Thesen

1. Die Bestimmungsmacht über die Gestaltung der Medizin ist von den Ärzten an Manager und Politiker übergegangen, die sich in erster Linie darum bemühen, die Ausgaben zu senken.
2. Konsequenzen des Rationalisierungsdrucks sind Verminderung der Zeit in der Arzt-Patient-Beziehung und verdeckte sowie ungerechte Rationierung.
3. Die steigende Arbeitslast, insbesondere bei den Assistenzärzten und in der Pflege, hat bereits bestehende vertikale und horizontale Kommunikationsprobleme verschärft und die Attraktivität des Arztberufes vermindert.
4. Der Zwang zur Rechtfertigung ärztlicher Tätigkeiten führt zur Überbewertung somatischer Befunde und zu einer defensiven Medizin.
5. Qualitätssicherungsprogramme haben bisher eher enttäuscht.

Ihr erstes klinisches Praktikum absolvierten Jens, Peter und Frieder in einem großen städtischen Klinikum der Maximalversorgung. Nun durften sie mit den Patienten deren Vorgeschichte besprechen und sie auch körperlich untersuchen. Sie waren bei Spezialuntersuchungen dabei und verfolgten so die weitere Abklärung der Patienten.

Die Innere Medizin war in vier Kliniken aufgeteilt, die gemeinsam jeden Morgen eine Frühbesprechung durchführten. Bei diesen Besprechungen wurden jeweils die in der Nacht aufgenommenen Notfälle vorgestellt. Eines Morgens trug sich an der Frühbesprechung folgende Geschichte zu: Oberarzt Dr. Kuhn, von allen Assistenzärzten sehr geschätzt, berichtete, er habe in der letzten Nacht einem 51jährigen Kraftfahrer mit lebensbedrohlicher Luftnot bronchoskopisch einen Fremdkörper aus der Luftröhre entfernt und ihm damit das Leben gerettet. Dafür erntete er von seinem Chef ein Donnerwetter, weil die mit den Kassen vereinbarte Anzahl von Bronchoskopien überschritten worden sei und deshalb keine Bezahlung erfolgen könne. Am nächsten Tag kursierte das Gerücht, Dr. Kuhn habe noch am gleichen Tag seine Stelle gekündigt.

Für Jens, Peter und Frieder war das alles sehr verwirrend. Sie wollten den beliebten Oberarzt aufsuchen und ihn nach den Hintergründen fragen. Er stimmte zu, sie einige Tage später in einem Lokal zu treffen. Am brennendsten interessierte die empörten Studenten, weshalb ihr Oberarzt vor versammelter Mannschaft gemäßregelt worden sei. Dr. Kuhn erklärte ihnen, daß das Krankenhaus nun einmal besagten Vertrag mit den Krankenkassen eingehen mußte. Das sei eine Form der Rationierung, gehe aber am Ende des Jahres oft nicht auf und führe in der Rechnung des Krankenhauses zu Verlusten. Peter hielt das für einen gefährlichen Unsinn. Bronchoskopien seien dann durchzuführen, wenn sie indiziert seien, und im vorliegenden Fall stünde das ja wohl außer Frage. »Natürlich, aber für das Klinikum war es ein finanzieller Verlust«, antwortete Dr. Kuhn. »Ich hätte den Patienten notfallmäßig in eine andere Klinik schicken müssen, habe den Eingriff aber selbst vorgenommen, weil ich diesen administrativen Blödsinn vor mir selbst nicht mehr verantworten konnte. Und gekündigt habe ich, weil ich die Medizin, wie wir sie in

Deutschland betreiben, nicht mehr mitmachen will. Dazu kommt, daß mich der Chef darauf hingewiesen hat, in Zukunft nicht mehr über diesen Vorfall zu sprechen, er hat mir quasi den Mund verboten. So etwas ist einfach nicht akzeptabel. Auch trage ich mich schon länger mit dem Gedanken, nach Afrika zu gehen. Bei uns wird das große Potential der heutigen Medizin wegen Führungsmängel und verdeckter Rationierung schlecht genutzt, und dort sind die meisten Menschen unterversorgt und brauchen dringend Ärzte. Hier muß ich mich mit Bürokratie und unangenehmen Chefs herumschlagen, während ich mich dort wirklich den kranken Menschen widmen kann.«

Die drei Freunde waren schockiert. Sie erzählten Dr. Kuhn, daß Prof. Bauer sie in seiner Vorlesung auf das große kulturelle Erbe hingewiesen habe, das in der heutigen Medizin stecke. Dr. Kuhn entgegnete: »Ich bin mit ihm völlig einverstanden. Unser Erbe ist großartig, nur wird es nicht richtig eingesetzt. Als Beispiel will ich euch eine Geschichte aus meiner eigenen Familie erzählen.«

### **2.1 Eine Krankengeschichte**

---

»Was meinem Vater Hermann – er war Kunstmaler – passiert ist, zeigt die typischen Probleme in unseren Krankenhäusern. Ich war von dem ganzen Geschehen sehr betroffen, deshalb habe ich alle Tatsachen gesichert und sorgsam rekonstruiert:

Nach dem Tod meiner Mutter lebte mein 87jähriger Vater allein in einer norddeutschen Kleinstadt, immer unter diffusen Schmerzen leidend, stets aber von seinen Ärzten für gesund erklärt. Herz und Kreislauf seien stabil, die Lunge frei und die üblichen Laborwerte ohne abnorme Befunde. Ein Teil seiner Leiden war darauf zurückzuführen, daß seine Kräfte nachließen und die Anforderungen des Lebens ihn zu überfordern drohten. Zudem wurden seine Bedürfnisse nach menschlicher Nähe und Gemeinschaft nicht befriedigt. Leider war jedoch für diese Themen bei seinem Hausarzt keine Zeit vorhanden. Verschiedene Schmerzmittel brachten keine Hilfe. Es bestanden typische ›Alterserscheinungen‹ wie eine nach vorn gebeugte Haltung, leichtes Zittern,

kleine Schritte, die Neigung zu Stürzen, zögerliches Sprechen, Verminderung des Kurzzeitgedächtnisses und plötzlicher Harn- drang. Der Arzt wollte helfen und verschrieb meinem Vater ein Medikament gegen Altersdepression.

Drei Tage später wurde er in der Innenstadt desorientiert und mit nassen Hosen aufgefunden und mit der Diagnose ›Herz- rhythmusstörungen‹ ins lokale Krankenhaus gebracht. Er mußte im Bett bleiben, bekam eine Urinflasche ans Bett gehängt und wurde in den folgenden Tagen kardiologisch untersucht. Wegen eines starken Tremors konnte er nicht selbst essen und mußte gefüttert werden. Die Urinflasche konnte er nicht erreichen, denn seine Muskeln waren steif. Zweimal klingelte er, als er Was- ser lassen mußte, und jedesmal schaute eine Schwester erst nach langen Minuten ins Zimmer und verwies ihn auf die Urinflasche an seinem Bett. Die Pflegenden verstanden nicht, daß er sie gar nicht erreichen konnte, und hatten keine Zeit für ihn. Zweimal stand er in seiner Verzweiflung auf, zweimal stürzte er. Einmal verletzte er sich am Bein, doch glücklicherweise kam es zu kei- ner Fraktur. Die auf der Hand liegenden neurologischen Pro- bleme wurden zwar von der Pflege wahrgenommen, aber nicht richtig gedeutet und den Ärzten nicht mitgeteilt. Pflege und Ärzte führten je ein eigenes Krankenblatt und machten eigene Visiten, ihre Kommunikation untereinander war minimal. Die Stürze wurden in keiner Dokumentation festgehalten, die Ärzte nicht informiert. Während Schwestern und Pfleger den Patien- ten symptomatisch betreuten, führten die Ärzte die kardiologi- sche Diagnostik weiter. Nach der Echokardiographie wurde er auf dem Flur in seinem Rollstuhl ›geparkt‹. Während er auf einen Pfleger wartete, der ihn in sein Zimmer zurückbringen sollte, litt er unter starkem Harndrang. Da ihm niemand half, erregte er sich zunehmend, stand voller Verzweiflung auf und stürzte erneut. Jetzt eilte Hilfe herbei. Er wurde zur Toilette gefahren. Man maß seinen Blutdruck und diagnostizierte eine akute Hyperto- nie. Die Schwester beruhigte ihn und riet, er solle sich nicht so aufregen.

Mein Vater hatte zwar Störungen seines Kurzzeitgedächtnisses, aber ansonsten nahm er seine Umgebung sehr klar wahr, und seine Intelligenz war ungetrübt. Deshalb bat er meine in der Nähe wohnende Schwester, seine Rechte wahrzunehmen und äußerte den dezidierten Wunsch, im Fall eines Herzstillstands keine Reanimation und keine Intensivtherapie zu bekommen. Meine Schwester wollte dies dem am Wochenende dienstleistenden Arzt mitteilen. Sie mußte zwei Stunden warten. Ihre Forderung quittierte er mit Unverständnis, willigte aber ein, eine Notiz ins Krankenblatt zu machen und die Stationsärztin zu informieren. Am folgenden Tag zeigte sich die Stationsärztin nicht informiert, bei der Übergabe wurde das Thema offenbar nicht angesprochen. In der Patientenakte fand sich keine Notiz. Meine Schwester fragte die Stationschwester, ob im Fall eines Herzstillstands mit einer Reanimation zu rechnen sei. Diese bestätigte das als »selbstverständlich«. Glücklicherweise ergab die kardiologische Diagnostik keinen pathologischen Befund. Trotz des unbefriedigenden Allgemeinzustands mußte mein Vater entlassen werden, nicht zuletzt infolge des Drucks der neuen Finanzierungsordnung für Kliniken, den sogenannten Fallpauschalen. Es wurden ihm nur Schmerzmittel mitgegeben. Während des Krankenhausaufenthalts hatte er das Gehen verlernt, eine physiotherapeutische Behandlung hatte nicht stattgefunden. Deshalb mußte er nun in ein Pflegeheim eingewiesen werden, was er fürchtete und vehement, aber vergeblich ablehnte. Entlassungsdiagnose: Verdacht auf vorübergehende Herzrhythmusstörungen, senile Demenz.

Im Pflegeheim fand sich mein Vater mit seiner neuen Situation nicht ab. Eisern übte er das Gehen. Eine Krankengymnastin wurde ihm zugeteilt. Er schickte sie weg, als sie ihm die von ihm privat zu entrichtenden Gebühren mitteilte. Nach sechs Wochen war er wieder selbständig. Mit Hilfe meiner Schwester ließ er sich in seine Wohnung entlassen. Er lebte wieder allein, versorgte sich selbst, hatte nach wie vor Schmerzen und Schlafstörungen, konnte nach wie vor seine Blase nicht gut kontrollieren, aber er kam zurecht und fand Erfüllung im Malen. Vier

Monate später erlebte er einen Höhepunkt seines Lebens: Er stellte seine Werke in einer vielbeachteten Ausstellung aus. Die Presse würdigte seine künstlerischen Leistungen. Den Verkaufserlös spendete er für einen sozialen Zweck. Neun Monate später stürzte er zu Hause und starb an einer Subarachnoidalblutung, das heißt an einer Blutung unter der Hirnhaut.«

Die drei Studierenden zeigten sich schockiert, und Dr. Kuhn fuhr fort: »Meine rückblickende Beurteilung des Falls erlaubt folgende Schlüsse: Die Untersuchung nach dem Tod zeigte im Gehirn meines Vaters eine sogenannte Lewy-Körper-Demenz. Bei dieser Krankheit wird das Frischgedächtnis gestört, und es treten Bewegungsstörungen auf wie bei der Parkinsonschen Erkrankung mit Bewegungsarmut, Steifigkeit, Zittern, einer nach vorn geneigten Körperhaltung, kleinen Schritten und einer Tendenz zu Stürzen. Alle diese Symptome hatte er gehabt, sie wurden aber von den Ärzten offensichtlich als ›Alterserscheinungen‹ gedeutet und nicht diagnostisch verwertet. Die Verschlechterung des Zustands meines Vaters, die zur Hospitalisation führte, ist als Nebenwirkung der antidepressiven Therapie zu betrachten. In seinem Wohnort gibt es nur ein Krankenhaus, und zwar ohne Geriatrieabteilung. Das Thema Geriatrie spielte im Handeln seiner Ärzte keine Rolle. Es bleibt noch zu erwähnen, daß im Foyer des Krankenhauses eine überdimensionale Plakatwand auf das ›totale Qualitätsmanagement im Hause‹ aufmerksam macht.« Nachdenklich meinte Jens: »Wie ist so etwas überhaupt möglich?«

Dr. Kuhn war die schmerzhafteste Erinnerung anzusehen: »Wartet nur, ich habe noch andere Beispiele. Ich bin mit einer Oberärztin befreundet, die mir folgende Geschichte erzählte: In ihrer Klinik kam es zu einem offensichtlich vermeidbaren Tod einer 26jährigen Mutter von zwei Mädchen durch Verbluten bei der dritten Geburt. Das außerordentlich betrübte Team vereinbarte nach Rücksprache mit einem Ethikberater ein offenes Gespräch darüber, wie es zu diesem Vorfall hatte kommen können. Dieses Gespräch wurde auf Druck der Pflegedirektion verboten, so daß sich am Ende nur der Pathologe und der Staatsanwalt mit dem Fall auseinandersetzten. Auch in dieser

Klinik wurde das Thema ›Qualitätsmanagement‹ groß geschrieben, aber im Ernstfall versagte es völlig. Personalknappheit, Defizite in der Kommunikation und beim Management der Abteilung waren hier als Hintergrund vieler Probleme erkennbar. Die Leitung der Klinik und des Krankenhauses entschlossen sich zur ›Individualisierung‹ des Fehlers und kündigten dem verantwortlichen Kollegen.

Oder folgender Fall: Meine Schwester arbeitet in der Pflege, ebenfalls in einem großen Klinikum. Dort wurde sie vor folgendes Dilemma gestellt: Sie war allein für alle Patienten zuständig und damit auch für eine 80jährige Frau mit bakterieller Nierenentzündung, die trotz Urinverlust trocken bleiben sollte. Meine Schwester wollte der Frau einen Blasenkatheter legen, denn sie hatte kein Personal, um sie genügend häufig mit sauberen Windeln und Laken zu versorgen. Der Katheter wurde aber vom leitenden Arzt als lebensgefährlich bezeichnet. Schweren Herzens entschloß sich meine Schwester dennoch für die Lösung mit dem Katheter und nahm die Gefährdung der Patientin in Kauf.« Peter warf ein: »Weshalb hat sie sich nicht mit der vorgesetzten Ebene besprochen und sich Rückendeckung geholt?« Dr. Kuhn antwortete: »Natürlich hat sie das versucht. Dabei wurde sie aber lediglich auf eine Stellungnahme der Verwaltung verwiesen. Diese hatte der Pflegeleitung deutlich gemacht, sie müsse mit dem knappen Personal zurechtkommen, andernfalls verlöre die Abteilung ihre Existenzberechtigung und müsse geschlossen werden. Auch das ist eine Form der verdeckten Rationierung. Versteht ihr jetzt, weshalb ich sage, daß in Deutschland die heutige Medizin ihr Potential nicht lebt, und weshalb ich von hier weggehen will?«

Jens, Peter und Frieder wollten solche Verhältnisse intuitiv nicht wahrhaben, hatten aber keinen Grund, die Erzählungen von Dr. Kuhn anzuzweifeln. Als sie nur noch betroffen schwiegen, begann Dr. Kuhn, ihnen einige größere Zusammenhänge zu erklären.

## **2.2 Spardruck, Führungsmangel und unzeitgemäßes Menschenbild**

---

»Alle Geschichten, die ich euch erzählt habe, enthalten typische Schattenseiten der heutigen Medizin, die zum großen Teil dadurch

bedingt sind, daß sich die Medizin rascher entwickelt als wir Ärzte. Unser Sozialverhalten ist deshalb den heutigen Verhältnissen nicht mehr angemessen.« Peter fand diese Aussage nicht anschaulich und bat um mehr Einzelheiten. Dr. Kuhn: »In der ambulanten Versorgung ist kaum Zeit für eine sorgfältige persönliche Begegnung zwischen dem Arzt und den einzelnen Patienten und damit auch nicht für eine adäquate Diagnostik. Das vorwiegend naturwissenschaftliche Denken vernachlässigt Aspekte der Biographie, der Lebensumstände und der Persönlichkeit. Das Verhältnis zwischen den Anforderungen der Lebenssituation und den Ressourcen der Patienten wird nicht berücksichtigt. Um die Konsultation rasch zu beenden, schreibt der Arzt ein Rezept. Dabei entspricht die medikamentöse Behandlung den Bedürfnissen der Patienten oft nur ungenügend. Entsprechend werden die Arzneimittel in vielen Fällen nicht eingenommen, in anderen führen sie zu schweren Nebenwirkungen. Das medizinische Konzept der Gegenwart betrachtet körperliche Phänomene weitgehend unter Ausschluß moderner neurowissenschaftlicher, psychotherapeutischer, sozialer und epidemiologischer Erkenntnisse. Selbst bereits etablierte medizinische Spezialisierungen wie die Geriatrie werden zu wenig gefördert, obwohl die Bevölkerung immer älter wird. Defizite der Hochschulmedizin und das Finanzierungssystem der ambulanten Versorgung haben diese Fehlsteuerung mitverursacht, denn Ärzte, die ein umfassenderes Medizinverständnis praktizieren wollen, können wirtschaftlich kaum überleben.«

Frieder wollte wissen, wie Dr. Kuhn die stationäre Behandlung beurteile. Dessen Antwort: »Hier findet zu häufig keine Bestimmung sinnvoller Behandlungsziele statt. Sie müßten interprofessionell unter Beteiligung von Ärzten, Pflegenden und oft auch anderer medizinischer Fachkräfte festgelegt werden. Bei meinem Vater hätte eines der Ziele die Vermeidung von Immobilität sein müssen. Statt dessen konzentrierte sich die ärztliche Betreuung auf organische Funktionsstörungen des Herzens. Überall kommen neuste medizinische Geräte zum Einsatz; bleiben überzeugende, erklärende Befunde aus, wird die Diagnostik mit dem Ziel erweitert, andere organische Erkrankungen auszuschließen. Aus juristischen Gründen handelt die Medizin

defensiv und kümmert sich primär um ihre eigene Sicherheit: Es soll nichts übersehen werden, und dennoch wird vieles übersehen. Die Gründe dafür liegen in der mangelnden Vernetzung des medizinischen Denkens, der verschiedenen medizinischen Fachdisziplinen und der Berufsgruppen. Das segmentierte Medizinmodell entspricht dem auch neurobiologisch nicht mehr haltbaren ›Maschinenparadigma<sup>1</sup>.« Gespannt folgten die drei Freunde den Ausführungen von Dr. Kuhn. »Im 17. Jahrhundert hat der Philosoph Descartes (1596–1650) eine Trennung von Geist und Materie postuliert. Den Körper hat er zur Materie gerechnet, die man mit den Methoden der Naturwissenschaft erforschen kann. Somit darf man den menschlichen Körper wie eine Maschine betrachten und behandeln. Kranke Organe werden einfach ersetzt. Bei dieser Philosophie entspricht die Diagnosestellung dem traditionellen objektivierenden Krankheitsverständnis und begnügt sich mit der Beschreibung von Defiziten der körperlichen Funktionen. Das hat im 19. und 20. Jahrhundert viel gebracht, genügt heute aber schlicht nicht mehr. Die subjektiven Ressourcen der Patienten müssen ebenfalls ermittelt und therapeutisch genutzt werden. Das hohe Bedürfnis nach Selbstbestimmung und der Erhalt der Mobilität jedes Menschen sind zu berücksichtigen. Jeder Kranke muß als eigenständiges und eigenverantwortliches Individuum angesehen werden. Die Zeit ist vorbei, in der Ärzte und Pflegende – wie in der telegenen ›Schwarzwaldklinik‹ – als die großen ›Macher‹ am Krankenbett auftreten dürfen. Heute müssen sie Partner und Mitmenschen der Kranken sein und sie in bezug auf ihre Gesundheit umfassend beraten und menschlich begleiten.«

»Was bedeutet das für die Arbeit im Krankenhaus?« fragte Peter. »Wir brauchten eine gute Kommunikation zwischen Ärzten und Pflegenden und eine transprofessionelle, patientenorientierte Vision. Pflege ohne medizinische Kompetenz bleibt weit unter ihren Möglichkeiten, ebenso wie umgekehrt die Ärzte ohne Austausch mit den Pflegekräften ihre Patienten ungenügend wahrnehmen. Auch die fachdisziplinäre Vernetzung müßte besser sein. Hier fehlt eine sachlich begründete, steuernde Vernunft, die natürlich von übergeordneten Stellen gewollt und legitimiert werden muß. Das Gespräch zwi-

schen Management, Politik und Ärzten funktioniert nicht, und ohne einen sorgfältigen Dialog sehen die übergeordneten Instanzen keine vernünftig realisierbaren Möglichkeiten. Sie erhöhen nur den Zeitdruck, weshalb das Pflegepersonal und die Assistenzärzte den wachsenden Anforderungen immer weniger standhalten können. Der Fall meines Vaters und die pflegerischen Probleme meiner Schwester belegen dies eindrücklich: An vielen Orten ist die Pflege ausgedünnt, überfordert und immer mehr »ausgebrannt«. Junge Pfegende werden bei Rationalisierungen aufgrund des geltenden Arbeitsrechts zuerst entlassen oder gar nicht erst eingestellt. Ausländische Pflegekräfte haben oft Sprachprobleme. Aufgrund ihres andersartigen kulturellen Ursprungs sind sie häufig nur begrenzt in der Lage, die persönlichen Bedürfnisse und Befindlichkeiten hiesiger Patienten wahrzunehmen.«

Bei diesen Erklärungen schauten sich die drei Studenten fragend an. Jens: »Haben wir etwa das falsche Studium ergriffen?« Dr. Kuhn beruhigte: »Sicher nicht! Ihr müßt euch aber dafür einsetzen, daß die Verhältnisse anders werden. Ihr dürft nicht nur Diagnostik und Therapie büffeln, sondern müßt auch alle Bedingungen, die die Medizin heute derart bedrängen, kennenlernen. Ein kluges Management ist wichtig, und ihr müßt gute Führungspersönlichkeiten werden.

Schaut nur einmal die Bedingungen der Assistenzärzte, das heißt des ärztlichen Nachwuchses, an. Den jungen Kollegen müßten viel mehr Angebote und Anreize für eine vielseitige Weiterbildung gegeben werden, damit sie mit ihren Fähigkeiten und Fertigkeiten den zunehmenden Möglichkeiten der Medizin und den wachsenden Anforderungen an ihren Beruf gerecht werden können. Statt dessen sind sie Opfer der Sparpolitik. Sie werden von den Verwaltungen und den Chefärzten als billige Arbeitskräfte eingesetzt, und ihr Idealismus wird in Form übermäßig langer Arbeitszeiten mißbraucht. Sie werden auch nicht mehr hinreichend durch erfahrene Kollegen angeleitet und müssen – zum Schaden der Patienten – allein mit ihrer Überforderung klarkommen. Sie sind weitgehend rechtlos, und die persönliche Abhängigkeit von leitenden Ärzten und von der Verwaltung ist für sie demütigend. Verheerend wirken sich wider-

sprüchliche Erwartungen an sie aus. Per Anordnung sind sie zur Vermeidung von Überstunden gezwungen, werden aber ohne weiteres am Abend oder am Wochenende zu Visiten gebeten, weil der leitende Arzt seine Arbeit nicht anders einteilt. Diese Gruppe trägt die Hauptlast der medizinischen Versorgungsarbeit, ist aber von der Mitsprache vielfach ausgeschlossen. Ich stelle einen Abfall der Motivation und der Qualität fest, wundere mich aber gar nicht darüber.

Glücklicherweise setzen sich die Assistenzärzte mit Hilfe von Streiks und Demonstrationen zunehmend zur Wehr. Das ist gut so. Es ist aber auch ein untrügliches Zeichen dafür, daß die höher gestellten Ärzte und die Krankenhausverwaltungen in ihrer Verantwortung für den ärztlichen Nachwuchs versagt haben. Die Konsequenzen dieser falschen Strategie werden am Schluß wie immer die Patienten tragen müssen.

Meines Erachtens ist die kompetente medizinische Versorgung von kranken Menschen ein derart hohes Ziel, daß eigentlich nur die Begabtesten dafür geeignet sind. Der Arztberuf müßte wieder attraktiver werden, denn nur so können die Fähigsten rekrutiert und gehalten werden. Das schulden wir unseren Patienten. Das ärztliche Management und die Politik brauchen eine Erneuerung. Seht, das ist eure Aufgabe, und dafür müßt ihr euch in Zukunft einsetzen!«

»Was Sie sagen, ist einleuchtend«, meinte Peter, »aber Sie wollen uns verlassen und nach Afrika gehen?«

Darauf entgegnete Dr. Kuhn: »Inzwischen bin ich zu alt und habe es verpaßt, zur richtigen Zeit ein Zweitstudium zu machen, das mich für Führungsaufgaben qualifiziert hätte. Ihr aber seid jung und zudem zu dritt und könnt euch gemeinsam auf höhere Führungsaufgaben vorbereiten. Nur solltet ihr zunächst die Facharztausbildung nicht vernachlässigen.«

### 3. Was ist Medizin?

#### Thesen

1. Der Begriff »Medizin« ist unklar, und jede Interessengruppe verwendet ihn, wie es ihren Interessen am besten dient. Dies behindert die gegenseitige Verständigung.
2. Medizin befaßt sich mit Gesundheit und Krankheit. Deshalb verlangt eine Beschreibung der Medizin auch eine klare Definition dieser Begriffe.
3. Der Arzt Hippokrates formulierte in seinem berühmten Eid ethische Grundelemente für die Arzt-Patient-Beziehung. Diese Elemente müssen der Komplexität der heutigen gesellschaftlichen Bedingungen angepaßt werden.