

Editorial: Chronische Erkrankungen

Chronische Erkrankungen dominieren bekanntermaßen das Krankheitspektrum in modernen Gesellschaften. Trotz mancher – zum Teil spektakulärer – Erfolge erweist sich die kurative Medizin nach wie vor als weitgehend unfähig, ihnen wirkungsvoll zu begegnen. Der vorliegende Band beschäftigt sich anhand ausgewählter Beispiele sowohl mit dem Verständnis chronischer Erkrankungen, das medizinischen Präventions- und Behandlungskonzepten zugrunde liegt, als auch mit alltäglichen Versorgungsproblemen.

Bei der Bekämpfung chronischer Erkrankungen spielt das Konzept der Risikofaktoren eine herausragende Rolle. Insbesondere im Hinblick auf den Herzinfarkt lieferte die Risikofaktorenmedizin die Leitideen für systematische, auf nahezu die gesamte Bevölkerung gerichtete Präventionsstrategien. *Dieter Borgers* zeigt am Beispiel der Herz-Kreislauf-Erkrankungen, daß die Übertragung der Risikofaktorenepidemiologie auf die individualmedizinische Behandlung höchst problematisch ist. Bevölkerungsuntersuchungen und Interventionen haben keinen oder einen kaum meßbaren Effekt auf die Entwicklung der Herz-Kreislauf-Mortalität.

Die mangelnde Effektivität der kurativen Medizin im Hinblick auf chronische Erkrankungen ist allerdings nicht nur auf fehlende Kenntnisse über Krankheitsursachen und auf unzureichende Interventionsmöglichkeiten zurückzuführen. Nicht selten werden in der medizinischen Praxis auch dort, wo zwar keine Heilung, aber eine effektive Bewältigung der Krankheit möglich wäre, einmal gewonnene klinische Erkenntnisse in der medizinischen Versorgung nicht umgesetzt und proklamierte Standards nicht eingehalten. Dies verdeutlichen *Gerd Glaeske*, *Petra Kellermann-Wachtel* und *Gregor Matthesius* am Beispiel der Diabetes-Versorgung. Sie machen darauf aufmerksam, daß die Ursachen für diese Defizite in der mangelnden Weiterbildungsbereitschaft der Ärzte und in einer weit verbreiteten Abneigung gegen die Anwendung evidenzbasierter Leitlinien, vor allem aber in den institutionellen Strukturen des Gesundheitswesens zu suchen sind. In der Entwicklung kooperativer Versorgungsformen bei veränderten finanziellen Handlungsanreizen für die behandelnden Ärzte sehen sie ein geeignetes Instrument, um die Qualität der Versorgung auch bei knappen Mitteln zu verbessern. Die Mängel in der Patientenversorgung sind auch das Thema des Beitrags von *Bettina Gärtner*. Sie zeigt mit Blick auf die Situation chronisch psychisch Kranker, daß bei allen Fortschritten, die in den letzten Jahren erzielt worden sind, erhebliche Lücken und Defizite fortbestehen.

Bei Krankheiten handelt es sich keineswegs immer nur um einen objektiven Tatbestand, vielmehr werden sie durch die Konstruktionsleistungen

der modernen Biomedizin oftmals erst erzeugt. *Markus Herrmann* beleuchtet diesen Prozeß am Beispiel der Schlafapnoe und zeigt, wie die Biomedizin trotz dürftiger epidemiologischer Evidenz weit verbreitete Befindlichkeitsstörungen zu einem Krankheitsbild zusammenfügt, um sodann diagnostischen und therapeutischen Handlungsbedarf zu definieren. Krankheit erscheint hier vor allem als Konstrukt, das professionsintern und gesellschaftlich als gültiges Interpretationsmuster für ein Bündel von Symptomen durchgesetzt wird.

Zu den umstrittensten Krankheitsphänomenen gehört das MCS-Syndrom (multiple chemical sensitivity). Anders als im Fall der Schlafapnoe verhält sich die Medizin hier bei der Definition eines Krankheitsbildes recht zurückhaltend. *Werner Maschewsky* zeigt anhand eigener Erhebungen, daß das Auftreten von MCS, überwiegend psychomatisiert oder als Pseudokrankheit abgetan, auffällig mit der beruflichen Exposition gegenüber bestimmten Schadstoffen korreliert. *Michael B. Lax* wendet sich gegen eine naturwissenschaftliche oder psychologisierende Vereinseitigung der Ursachen von MCS. Er sieht im Umgang mit den Krankheitssymptomen ein Beispiel dafür, wie sehr Medizin und Gesundheitswesen die Betroffenen mit ihren Problemen allein lassen. Deutlich wird aber auch, daß die Selbstorganisation der Betroffenen zur öffentlichen Thematisierung des Problems beigetragen hat.

Die begrenzten Möglichkeiten zur Heilung chronischer Krankheiten verweisen auf die Notwendigkeit präventiven Handelns. In der DDR, wo Prävention dem Anspruch nach in der Schaffung sozialer Lebensverhältnisse bestand, vollzog sich ein – von kontroversen Diskussionen begleiteter – Wandel der Präventionsstrategien. *Jens-Uwe Niehoff* zeigt, daß in der frühen DDR gesellschaftsbezogene, verhältnispräventive Ansätze dominierten, aber seit den siebziger Jahren unter dem Einfluß der Risikofaktorenmedizin die biomedizinische Sicht von Prävention an Einfluß gewann und sich damit – ähnlich wie im Westen – verhaltenspräventive Konzepte in den Vordergrund schoben.

Daß in den Arbeitsbedingungen eine wesentliche Ursache für gesundheitliche Beeinträchtigungen und deren Chronifizierung zu sehen und daher die betriebliche Gesundheitsförderung ein zentrales Element wirkungsvoller Präventionspolitik ist, kann wohl als unbestritten gelten. Nachdem die Krankenkassen seit 1997 weitgehend auf die Funktion eines Datenlieferanten zurückgestuft worden waren, schickt sich die rot-grüne Regierungskoalition nun an, im Rahmen der Gesundheitsreform 2000 aufs neue auch den §20 SGB V zu reformieren. *Klaus Priester* setzt sich mit den entsprechenden Passagen des Gesetzesentwurfs auseinander. Er arbeitet heraus, daß die Kassen damit zwar wieder aufgewertet und ihnen sogar erstmals explizit Kompetenzen im Bereich der betrieblichen Gesundheitsförderung zugewiesen werden sollen. In der allgemeinen Gesundheitsförderung aber

wird die mit dem Gesundheitsreformgesetz 1989 geschaffene Rechtslage nicht wiederhergestellt; der Handlungsrahmen der Kassen wird sowohl inhaltlich als auch finanziell eng begrenzt. Damit werden die hohen Erwartungen, die an eine Reform des §20 geknüpft wurden, durch den vorliegenden Gesetzentwurf überwiegend enttäuscht.

Abschließend noch einen Hinweis in eigener Sache. Die Zweigbibliothek Medizin der Universität Münster hat eine Kosten-Nutzen-Analyse ihrer Zeitschriften-Abonnements durchgeführt, der wir folgendes Zitat und folgende Tabelle entnehmen:

»Dividiert man den jährlichen Preis einer Zeitschrift durch die Anzahl der Benutzungen, so erhält man den Preis einer einzelnen Benutzung. Vereinfacht könnte man sagen, daß der... Preis/Nutzungs-Faktor angibt, welche Zeitschriften ihr Geld wert... sind. Die Abbildung unten zeigt die Zeitschriften, die bei einem relativ geringen Preis eine hohe Nutzung zu verzeichnen haben.«

Tabelle 1: Die 20 Zeitschriften mit dem besten Preis/Nutzungs-Faktor

Zeitschriftentitel	Preis p.a.	Nutzung p.a.	Preis/Nutzung
Jahrbuch für kritische Medizin	90 DM	111	0,81 DM
New England Journal of medicine	703 DM	650	1,08 DM
American journal of clinical nutrition	415 DM	337	1,23 DM
Circulation	1 094 DM	849	1,29 DM
Zeitschrift für medizinische Ethik	150 DM	114	1,32 DM
Lancet	1 045 DM	771	1,35 DM
Deutsche medizinische Wochenschrift	466 DM	340	1,37 DM
Science	835 DM	553	1,51 DM
American journal of cardiology	718 DM	425	1,69 DM
Nature	1 105 DM	637	1,74 DM
Journal of the American College of Cardiology	818 DM	449	1,82 DM
Thrombosis and haemostasis	696 DM	376	1,85 DM
Naturheilpraxis mit Naturmedizin	199 DM	104	1,91 DM
Pediatrics	434 DM	223	1,95 DM
Deutsche zahnärztliche Zeitschrift	415 DM	198	2,09 DM
Schweizerische medizinische Wochenschrift	317 DM	150	2,11 DM
Klinische Pädiatrie (früher Archiv f. Kinderheilkunde)	450 DM	199	2,26 DM
Anesthesiology	833 DM	366	2,28 DM
Internist, Der (früher Ärztliche Wochenschrift)	596 DM	261	2,29 DM
Chest (früher Diseases of the chest)	396 DM	165	2,40 DM

Quelle: http://medweb.uni-muenster.de/zbm/zbinfo/3_2/analyse.htm

Es gehörte stets zu den inhaltlichen Schwerpunkten dieser Zeitschrift, das Kosten-Nutzen-Denken in der Medizin kritisch zu beleuchten. Wir halten die Forschungsergebnisse der Universität Münster für eine überzeugende Widerlegung dieser Kritik. Im übrigen möchten wir auf den Bestellschein am Ende des Bandes verweisen.