Bund und anderen Ärzteverbänden verbreitet werden.

Weitergehende Versuche, die Stellung des Patienten im Krankenhaus zu verbessern, führen zur Einrichtung eines Ombudsmannes im Krankenhaus, eines amtlichen Patientenvertreters oder zur Bildung funktionsfähiger innerorganisatorischer Beschwerdeinstanzen. Schließlich ist auch an die Errichtung externer Patientenverbände sowie an eine Stärkung der Entscheidungs- und Kontrollkompetenz von Krankenkassen zu denken.

Alle diese Neuerungen bleiben jedoch begrenzt wirksam, solange die gesellschaftliche Formung der Patientenrolle unberücksichtigt bleibt. Auch in diesem Vorfeld antizipatorischer Verinnerlichungsund Anpassungsleistungen müssen verstärkte Lernbemühungen einsetzen. Schließlich — und damit bin ich beim Ende — ist einem System der Organisation medizinischer Dienste Nachdruck zu verleihen, das sich an der Patientenkarriere orientiert und das die schroffe Trennung zwischen ambulantem-, stationärem- und Nachsorgesektor durch integrative Leistungen überwindet.

Constanze Jacobowski: Protokoll

Die wesentlichsten Kritikpunkte an unserem System kurativer Medizin lassen sich wie folgt zusammenfassen:

Mit einem sehr hohen Aufwand wird wenig an Erfolg erzielt: Zunehmende Frühinvalidisierung, hohe Säuglings- und Müttersterblichkeit, ein seit Mitte der 60iger Jahre anhaltender Trend des Rückganges der Lebenserwartung für einzelne Altersgruppen sind nur einige Indikatoren hierfür.

An der Krankheit wird verdient: Die überhohen Einkommen niedergelassener Ärzte und die — auch im Vergleich zu anderen Industriebranchen — ungewöhnlich hohen Profite der Pharma- und medizinischen Geräteindustrie zeigen dies in aller Deutlichkeit.

Es findet keine ausreichende koordinierende Planung im Gesundheitswesen statt: In der stationären Versorgung betreiben die verschiedenen Träger eine Krankenhausversorgung, die sowohl zu bestimmten Überangeboten (z.B. Intensivstationen) als auch Unterversorgung in verschiedenen Regionen führt. Im ambulanten Bereich gilt noch immer die Niederlassungsfreiheit, die die krassen Gegensätze zwischen unter- und "über"-versorgten Gebieten stabilisiert.

Es gibt keine ausreichende Zusammenarbeit zwischen stationärem und ambulanten Bereich: Die Versorgung des Patienten leidet hierunter erheblich, Doppeluntersuchungen sind die Folge.

Die technischen Leistungen werden zu Ungunsten der längerfristigen Betreuung und der Versorgung auf psychosozialer Ebene ausgebaut.

Das Krankenhaus ist "entmenschlicht": Der hohe technische Apparat hat sich isoliert entwickelt, die menschliche Betreuung hat zunehmend abgenommen.

Das System der einzeln, isoliert arbeitenden niedergelassenen Ärzte ist völlig unzureichend für die Anforderungen einer sich rasch entwickelnden Medizin.

Eine fehlende systematische Fortbildung — insbesondere der niedergelassenen Ärzte — führt zu einer qualitativ schlechten Versorgung.

Die Versorgung der Patienten bei den wichtigsten Volkserkrankungen erfolgt sträflich lückenhaft: Ein Beispiel hierfür ist, daß nur etwa 1/3 aller Hochdruckkranken eine ausreichende Blutdrucksenkung erfährt.

Bei den therapeutischen Ansätzen wird fast ausschließlich auf eine Pharmako-Therapie ausgerichtet, andere Verfahren — physikalische Therapie, Diät, Veränderungen der Lebensbedingungen und der Lebensführung, Psychotherapie, — finden nur sehr randständig Anwendung.

Ein hoher technischer Aufwand im Bereich der Diagnostik steht zumeist geringen therapeutischen Möglichkeiten gegenüber. Häufig wird vor Beginn einer aufwendigen Diagnostik nicht nach dem denkbaren therapeutischen Nutzen gefragt, d.h. die Diagnostik hat sich — nicht selten auf Kosten des Wohlbefindens des Patienten — verselbstständigt.

Der hohe Grad der Spezialisierung in der Medizin läßt den Patienten nicht mehr in seiner Ganzheit — insbesondere in seinen psychosozialen Beziehungen — im Vordergrund stehen. Dies hat für den Patienten zur Folge, daß teilweise unsinnige diagnostische und therapeutische Verfahren angewendet ewrden, die an den eigentlichen Problemen vorbeigehen.

Auf diesem Hintergrund bekannter und berechtigter Kritik begannen wir die Diskussion in der Arbeitsgruppe. Selbst in kritischen Analysen und Einschätzungen war es bisher üblich, organisatorische und ökonomische Bedingung der kurativen Medizin zum Kernpunkt der Untersuchung zu machen. Die inhaltliche Bestimmung und Ausrichtung der Medizin, die eine wesentliche Grundlage für Organisation und Ressourcen-Verteilung in der Medizin ist, wurde fast immer unhinterfragt gelassen. Dies aber sollte der Ausgangspunkt der Diskussion in der Arbeitsgruppe sein. Die Frage war also, ob die Möglichkeiten der modernen Medizin, auf Krankenheiten Einfluß zu nehmen, richtig eingeschätzt werden und ob die wissenschaftlichen, ökonomischen und organisatorischen Ressourcen entsprechend den tatsächlichen Möglichkeiten und Bedürfnissen eingesetzt werden.

So dürfte einleuchtend sein, daß die inhaltlichen Voraussetzun-

gen - z.B. die starke Betonung der kurativen Möglichkeiten der Medizin — ganz wesentlich die Entwicklung unserer medizinischen Versorgung bestimmt und zugleich als Rechtfertigung für diese Entwicklung herangezogen wird. Wenn es zum Beispiel richtig ist, daß eine wesentliche Zahl der Karzinome heilbar ist, dann sind auch ein großer technisch-apparativer Aufwand in Diagnostik und Therapie sowie erhebliche Eingriffe in das Wohlbefinden der Patienten gerechtfertigt. Wenn jahrzehntelange, auf Heilung ausgerichtete Karzinom-Forschung Erfolge im Sinne einer nennenswerten Verbesserung der Kuration zeigt, dann müßte auch der weitere Ausbau dieses wissenschaftlichen Bereiches gefordert werden. Wenn jedoch nur bei einer Minderzahl der Karzinome durch die genannte aufwendige Diagnostik und Therapie eine Lebensverlängerung bewirkt werden kann, so hat man kritisch zu fragen, ob der Ausbau des apparativ-technischen Bereiches dann noch gerechtfertigt ist. Gleiches gilt für die auf Kuration, nicht auf Prävention ausgerichtete Karzinom-Forschung, wenn sie zu keinen nennenswerten Erfolgen geführt haben sollte.

Betrachten wir das Selbstverständnis der modernen Medizin, so orientiert dieses sich wesentlich an dem Gedanken der Kuration. Dementsprechend sind auch die Schwerpunkte in Forschung, Organisation und Mittelverteilung gesetzt. Es wurde deshalb noch einmal vergegenwärtigt, welche kurativen Möglichkeiten für die wichtigsten Krankheiten gegeben sind. Eine Orientierung gibt die Krankheitsund Todesursachen-Statistik. An einigen Beispielen soll exemplarisch verdeutlicht werden, daß die Medizin eine weit geringere kurative Potenz bei den heute wichtigsten Krankenheiten hat, als allgemein angenommen wird. Eine ausführliche Darstellung kann hier natürlich nicht erfolgen. ¹

Nach der Todesursachenstatistik sind es folgende große Krankheitsgruppen, die bereits 60% aller Todesfälle ausmachen: Malignome (bösartige Geschwülste), koronare Herzerkrankungen (Herzinfarkt), Hirngefäßerkrankungen (Schlaganfall) und Leberer-

krankungen.

Für den Herzinfarkt haben mehrere Untersuchungen der letzten Zeit nachgewiesen, daß die Bedeutung einer kurativen Therapie lange Zeit sehr überschätzt wurde. Beim unkomplizierten Infarkt scheint die Medizin keinen oder nur einen minimalen Nutzen bezüglich der Überlebenschance der Patienten zu haben. Auch die Koronarchirurgie (Verpflanzung von Herzkranzgefäßen) hat entgegen anfänglichen Erwartungen keine lebensverlängernden Erfolge, wohl aber Erfolge im Hinblick auf die Symptomlinderung. Für den erst einmal eingetretenen Schlaganfall gibt es keine kurative Therapie. Ein Erfolg ist allenfalls durch die Beeinflussung von Risikofaktoren im Vorfeld der Erkrankung zu erwarten.

für die dritte der häufigsten Todesursachen scheint nach kritischen Analysen die kurative Medizin nur einen unwesentlichen Beitrag geleistet zu haben: Berücksichtigt man — bei entsprechenden Vergleichen — Alter der Patienten, Stadien der Erkrankung sowie Zeitpunkt der Erkennung des Karzinoms, so ist mit Ausnahme von Karzinomen im Kindesalter und dem Morbus Hodgkin kein nennenswerter Beitrag im Sinne einer Lebensverlängerung nachzuweisen. Nach Untersuchungen des National Cancer Institute sind die 5-Jahres-Überlebensraten für sämtliche Geschwülste in den letzten 25 Jahren nur um 2% auf 41% gestiegen. Die chronischen Lebererkrankungen sind — bis auf eine verschwindend kleine Anzahl von medikamentös behandelbaren chronischen Entzündungen — durch medizinische Maßnahmen nicht beeinflußbar.

Selbst aber in Bereichen, in denen man eindeutig von Erfolgen ausgehen kann, so bei der Behandlung von bakteriellen Erkrankungen, muß eine Problematisierung des Erfolges vorgenommen werden. Zwar ist es z.B. sicher, daß heute die schwerste bakterielle Infektion — die Sepsis — mit Antibiotika erfolgreicher als vor Jahren zu behandeln ist. Gleichzeitig ist aber durch die Entwicklung der Medizin (häufiger Einsatz von Antibiotika, Ausweitung eingreifender Diagnostik) die Zahl der Sepsis-Infektionen deutlich angestiegen. So konnte nachgewiesen werden, daß damit die Zahl der Patienten, die an einer Sepsis versterben, heute in etwa gleich hoch ist wie vor 30 Jahren. Der individualmedizinische Erfolg muß also nicht mit einem volksgesundheitlichen Erfolg kurativer Medizin einhergehen.

So scheint sich das Ergebnis der midizinhistorischen Untersuchung von McKeown zu bestätigen, daß der Rückgang der Sterblichkeit über die letzten hundert Jahre nicht aufgrund medizinischer Interventionen im Sinne kurativer Erfolge, sondern aufgrund von Verbesserungen in sozialen Verhältnissen, in der Hygiene und Ernährung zustandegekommen sind. So zumindest muß man die Tatsache interpretieren, daß medizinisch effektive Maßnahmen gegen die ehemaligen Haupttodesursachen, die Infektionskrankheiten, erst zu einem Zeitpunkt zur Verfügung standen, als die Infektionskrankheiten alsvolksgesundheitliches Problem bereitszurückgedrängt waren und nur noch für einen Bruchteil aller Todesursachen verantwortlich waren. Dies war eben erst in den fünfziger Jahren mit der Einführung der Antibiotika der Fall.

Wenn man nun einmal die Todesursachen außer Acht läßt und sich den wichtigsten Krankheitsursachen zuwendet, so läßt sich eine ähnliche Aussage machen. Eine große Zahl der Fälle machen beispielsweise die Infektionen der Atmungsorgane aus, die in der Regel virusbedingt sind und kurativ überhaupt nicht, bestenfalls symptomatisch behandelbar sind. Eine andere große Gruppe stellen die Verdauungsbeschwerden dar. Diese sind in den meisten Fällen

funktionell bedingt und mit medizinischen Maßnahmen nur symptomatisch therapierbar. Die bakteriellen Darminfektionen heilen mit und ohne Therapie in der Regel in der gleichen Zeit ab. — bei den Krankheiten des rheumatischen Formenkreises handelt es sich vorwiegend um degenerative Schäden und Schäden durch funktionelle Überbelastung. Auch hier gibt es mit medizinischen Maßnahmen kaum ursächliche Einwirkungsmöglichkeiten, es können lediglich Beschwerden gelindert werden. ¹⁰

Als weiteres Beispiel für die Fehleinschätzung der kurativen Potenz der Medizin sei der milde Altersdiabetes genannt. Diese Form der Zukerkrankheit wird üblicherweise mit oral zu nehmenden Medikamenten (Antidiabetika) behandelt; dies geschieht unter der Vorstellung, daß eine gute Einstellung der Blutzuckerwerte Folgeerkrankungen an den Blutgefäßen verhindert oder hinauszögert. Kontrollierte klinische Untersuchungen haben jedoch gezeigt, daß dies wahrscheinlich nicht zutrifft. Es wird im Gegenteil eine höhere Sterblichkeit an den genannten Krankheiten unter diesen Medikamenten registriert. Möglicherweise spielen hier direkte Einflüsse der Medikamente auf den Fettstoffwechsel eine zentrale Rolle. 12

Anhand dieser Beispiele sollte exemplarisch verdeutlich werden, daß das herrschende Verständnis der Medizin, das von dem Grundsatz "diagnostizieren — therapien — kurieren" ausgeht, zumindest in vielen Fällen nicht den realen Möglichkeiten entspricht. Nicht jede medizinische Maßnahme, die vordergründig wirksam zu sein scheint, muß zu einem wirklichen kurativen Erfolg führen. Natürlich sollte damit nicht jedwede Heilungsmöglichkeit in Abrede gestellt werden. Als ein Gegenbeispiel sei die Unfallchirurgie genannt, in der sicherlich größere kurative Möglichkeiten gegeben sind.

Wenn aber die Medizin nicht in dem Maße heilend einwirken kann, wie allgemein angenommen wird, so muß man sich fragen, welche Aufgaben ihr dann eigentlich zukommen. Bei einigen der vorgenannten Beispiele klangen die Möglichkeiten schon an: einerseits die Prävention und andererseits die Betreuung. Unter Betreuung wird hier verstanden: die Symptomlinderung sowie die Verhütung von Verschlimmerung und Folgekrankheiten.

Das kurative Selbstverständnis der Medizin geht aber einher mit einer stark naturwissenschaftlich-technischen Ausrichtung der medizinischen Forschung und Praxis. Der Ausbau dieses Bereiches wird also durch die Kuration und ihre unhinterfragten Erfolge gerechtfertigt. Dies schlägt sich wiederum in der Praxis nieder: Die Vorstellung vom Heilen als spezifisch ärztliche Tätigkeit ist verbunden mit der Erwartung des aktiven Eingreifens des Arztes. Der Arzt, der seinem Patienten bei einer Grippe nur ein paar Tage Bettruhe verordnet, wird als schlechter Arzt angesehen. Derjenige, der Medikamente oder gar Spritzen gibt (was beides auf den Verlauf keiner-

lei Einfluß nehmen kann, da es für diese Krankheit keine spezifische Therapie gibt), erringt die Achtung seiner Patienten. Auch im Denken des Arztes selbst ist "eigentlich medizinische" Tätigkeit nur die, die unmittelbares Eingreifen in Körperfunktionen mittels Medikamenten, Operationen, Strahlen oder anderer technischer Verfahren beinhaltet. Dieses auch interne Selbstverständnis der Medizin liefert die ideologische Grundlage für einen steten Ausbau der apparativ-technischen Verfahren mit hohem finanziellem Aufwand. Bei insgesamt beschränkten Finanzmitteln führt dies zu einer Zurückdrängung betreuender Leistungen wie Pflege, Aufklärung und Beratung.

Zusätzlich erfolgt im Rahmen dieser naturwissenschaftlich-technischen Orientierung eine Festlegung auf eine Endpunktbehandlung. Rechtzeitiges Erfassen risikogefährdeter Personen sowie die Einbeziehung psychischer und sozialer Faktoren in die Therapie spielen eine untergeordnete Rolle. Daß dadurch Behandlungschancen vertan werden, die vermutlich sogar einen echten kurativen Nutzen für den Patienten hätten, soll wiederum an einem Beispiel verdeutlicht werden: Der Bluthochdruck ist ein Leiden, das im Anfangsstadium meist keine subjektiven Beschwerden bereitet und von dem Betroffenen daher oft nicht bemerkt wird. Er korreliert aber bekanntlich mit einem erheblich vergrößerten Infarkt-, Niereninsuffizienz- und Schlaganfall-Risiko. Man weiß aus epidemiologischen Untersuchungen, daß nur etwa 40% der Hypertoniker über ihren Hochdruck überhaupt Bescheid wissen und daß nur etwa 15-25% ausreichend behandelt sind. 13 Wird bei einem Patienten ein Bluthochdruck festgestellt, so folgt meist eine aufwendige Diagnostik: Laboruntersuchungen, Nieren-Röntgen, Nierengefäß-Darstellung, Zweck dieser Diagnostik ist es, eine organische und damit möglicherweise operativ behebbare Ursache der Hypertonie festzustellen. Findet sich aber keine organische Ursache, so verliert der Patient an Interresse: Bei einer großen Zahl von Patienten wird nicht einmal eine Einstellung auf dieses oder ienes Medikament längerfristig durchgeführt. Faktoren der Lebensführung, der Ernährungsgewohnheiten, der beruflichen Belastung sowie der psychischen Konstellation, die bekanntermaßen einen nicht unerheblichen Einfluß auf das Blutdruckverhalten haben, spielen in der Aufgabenstellung der medizinischen Versorgung praktisch keine Rolle. Auch eine umfassende Aufklärung über die Risiken der Erkrankung sowie über Art und Wirkungsweise der Medikamente, die allein den Patienten in die Lage versetzen würden, seine (häufig nebenwirkungsreiche) Therapie verantwortlich mitzutragen, findet meist nicht statt. - Erst als Herzinfarkt- oder Niereninsuffizienz-Kranker wird dieser Patient wieder Gegenstand intensiver medizinischer Bemühungen.

An diesem Beispiel wird klar, daß Betreuungsfunktionen nicht

nur angenehmes und wünschenswertes Beiwerk der "eigentlichen medizinischen Behandlung" sind, sondern wesentliche Aufgabe der Medizin sein sollten. Ein medizinisches Versorgungs-System kann deshalb nicht nur an dem betriebenen technischen Aufwand und an dem Ausmaß des aktiven Eingreifens gemessen werden, sondern muß ganz zentral an der Erfüllung betreuender Funktionen bestimmt werden. Mit diesem Ansatz wurde in der Arbeitsgruppe die ambulante und stationäre Versorgung dann daraufhin untersucht, inwieweit sie den an sie gestellten Aufgaben gerecht wird.

Stationäre Versorgung

Die Krankenhausmedizin ist überwiegend auf Kuration und die damit verbundene Diagnostik orientiert. Die gesundheitspolitischen Strategien der zunehmenden Liegezeitverkürzungen beinhalten eine weitere Entwicklung in dieser Richtung. Da Rationalisierung nur im technischen Bereich möglich ist, bedeuten die angestrebten Liegezeitverkürzungen, daß die Krankenhäuser mehr und mehr auf Diagnostik und technisch-therapeutische Behandlung zugeschnitten werden sollen. Für eine große Zahl der derzeit in den Krankenhäusern behandelten Patienten gilt aber, daß sie zwar intensiver pflegerischer und betreuender Maßnahmen bedürfen, daß aber — wie oben ausgeführt — eine wesentliche Abkürzung ihres Krankheitsverlaufes durch medizinische Maßnahmen nicht zu erwarten ist. Die beschriebene Entwicklung geht deshalb auf Kosten dieser Patienten, die entweder überhaupt nicht oder nicht ausreichend in den Krankenhäusern behandelt werden können.

Bereits in der Vergangenheit wurde der apparativ-technische Bereich im Krankenhaus enorm ausgedehnt und alles, was sich hier nicht unterordnen ließ, wurde vernachlässigt. Auch im internen Bewertungssystem des Krankenhauses wird dies deutlich: Die Arbeit des Pflegepersonals auf der Intensivstation oder in der Rettungsstelle wird nicht nur besser bezahlt, sondern sie ist auch mit höherem Prestige versehen als die mehr pflegerisch und betreuend bestimmte Tätigkeit auf der Normalstation. Derjenige Arzt, der bestimmte technische Untersuchungsverfahren beherrscht, ist höher angesehen als derjenige, der "nur" normale Stationsarbeit macht.

Wie verfehlt diese Orientierung einer rein naturwissenschaftlichtechnisch verstandenen Medizin ist, wenn man die Aufgabe der Medizin nicht nur im Heilen, sondern auch im Helfen sieht, soll an einigen typischen Beispielen gezeigt werden:

Beipielsweise wird ein Patient mit einem Schlaganfall im allgemeinen als nicht therapierbar angesehen, da es nach dem heutigen Stand des Wissens keine Operationen oder Medikamente gibt, die den Krankheitsverlauf nachweisbar verbessern. Der Grad der Wiederherstellung dieser Patienten hängt aber ganz wesentlich von betreuenden Maßnahmen ab: Lagerung und Dekubitusprophylaxe (Vorbeugen gegen Wundliegen durch häufiges Betten, Saubermachen, Umlagern und Heraussetzen), Krankengymnastik, Sprechtherapie, aber auch psychische Hilfen bei der Bewältigung seiner Krankheit. Eben diese Behandlungsverfahren stehen dem Patienten in der heutigen Krankenhausmedizin aber nur unvollkommen zu Verfügung. So ist das Pflegepersonal durch den gestiegenen Patientendurchlauf wie durch die Zunahme der Arbeit im Zusammenhang mit technischen Untersuchungen so beansprucht, daß weniger Zeit für die eigentliche Pflege bleibt. Fast überall sind die Stellen für Krankengymnasten so knapp, daß diese alle bedürftigen Patienten nicht ausreichend behandeln können. Logopäden (Sprachtherapeuten) gibt es so gut wie überhaupt nicht an den Krankenhäusern. Und für den Arzt schließlich ist der Schlaganfall-Patient einer, "bei dem man sowieso nichts machen kann", so daß er ihm nur einen geringen Teil seiner – durch andere Aufgaben beanspruchten – Zeit widmet.

Die Überbewertung der Technik führt aber auch zu vermeidbaren ärztlichen Fehlern: So ist es nicht ungewöhnlich, daß Patienten mit einem Herzklappenfehler zwar mittels Elektro-, Phono- und Ultraschallkardiogramm sowie Herzkatheter-Untersuchungen exakt diagnostiziert und in regelmäßigen Abständen kontrolliert werden, zugleich aber eine ausreichende Aufklärung nicht stattfindet. Ein solcher Patient kann deshalb sein wochenlang bestehendes Fieber für eine verschleppte Grippe halten, während er in Wirklichkeit eine Herzinnenhaut-Entzündung bekommen hat. Dies ist eine nicht seltene, im schlimmsten Fall lebensbedrohliche Komplikation, sofern sie nicht rechtzeitig erkannt und behandelt wird. Mindestens ebenso wichtig wie alle technischen Untersuchungs-Verfahren wäre also für diese Patienten die ausführliche Aufklärung über mögliche Komplikationen und ihre Symptome, gerade aber dies — das Einfache — wird häufig versäumt.

Die Möglichkeiten betreuender und beratender Tätigkeiten hängen jedoch nicht nur von der inneren Einstellung, dem guten Willen und der entsprechenden Ausbildung der im Krankenhaus beschäftigten Ärzte und Pflegepersonen ab, sondern auch wesentlich von der für solche Aufgaben zur Verfügung stehenden Zeit. Es soll hier deshalb auch ein Blick auf die Personalpolitik in den Krankenhäusern geworfen werden. Über die letzten Jahre hat die Zahl der das Krankenhaus durchlaufenden Patienten deutlich zugenommen. Die Zahl der Krankenhausärzte ist zwar auch gestiegen, jedoch — nach Untersuchungen von Frankfurter Personalräten — in etwa dem gleichen Ausmaß. ¹⁴ Die Zahl diagnostischer und kurativer Maßnahmen hat aber in den letzten Jahren sehr deutlich — bis zum Fünffachen — zugenommen. Hieraus ist zu schlußfolgern, daß bei gleicher Arzt-

Patienten-Relation und Zunahme der technisch-diagnostischen Leistungen zunehmend weniger Zeit für betreuende Funktionen geblieben ist.

So konnte von den Frankfurter Kollegen gezeigt werden, daß — setzt man eine 40-Stunden-Woche voraus — nach Abzug von Routine-Leistungen, administrativen Aufgaben, regelmäßigen Pflichtveranstaltungen sowie diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen dem Arzt für die eigentliche Betreuung nur wenige Minuten pro Patient und Tag übrig bleiben.

Das Verhältnis von Pflegepersonen zu behandelten Patienten hat sich z.B. nach Erhebungen der Berliner ÖTV sogar noch verschlechtert: standen 1974 für 384 129 in den Krankenhäusern behandelte Patienten noch 20 127 Pflegekräfte zur Verfügung, so war das Verhältnis 1977 nur noch 19658 Pflegekräfte zu 403800 Patienten (Patientenzahl um 5% gestiegen, Personal um 4% gesunken). Als Voraussetzung für eine Verbesserung der Patienten-Versorgung auch im Sinne beratender und betreuender Leistungen ergibt sich also die Notwendigkeit, den Stellenschlüssel im Krankenhaus zu verbessern. Mit moralischen Appellen an Ärzte und Schwestern. Aufklärungsbroschüren und Klinik-Funk für die Patienten ist noch nichts erreicht. Auch die Einstellung eines zusätzlichen Psychologen oder Sozialarbeiters bewirkt meist noch keine entscheidende Veränderung. Die Krankenhausmedizin muß ihre Schwerpunkte so setzen, daß das gesamte mit der Patientenversorgung betraute Personal ausreichend Zeit für die notwendige - psychische und soziale -Betreuung zu Verfügung hat.

Bei gesundheitspolitischen Forderungen ist also nicht nur auf die Verbesserung im apparativen und insbesondere personellen Bereich zu achten, sondern auch festzulegen, was inhaltlich im Bereich stationärer Versorgung geschehen bzw. sich verändern soll. So reicht es in Zukunft nicht mehr aus, die Forderungen auf den nur quantitativen Ausbau stationärer Versorgung zu beschränken. Die fragwürdig gewordenen Scherpunkte stationärer medizinischer Versorgung müssen gleichzeitig Anlaß zu inhaltlichen Veränderungen sein. Wird dies nicht berücksichtigt, könnte progressive Gesundheitspolitik zum Motor einer Entwicklung werden, die nicht am Nutzen für den Patienten, sondern am Nutzen der am Gesundheitsbereich verdienenden Industrien orientiert ist.

Ambulante Versorgung

Auch im ambulanten Bereich ist die naturwissenschaftlich-technische Überbetonung der Medizin allenthalben nachweisbar. Die ärztliche Gebührenordnung stabilisiert eine derartige Ausrichtung. Labormedizin und apparative Leistungen werden sehr hoch honoriert,

beratende Gespräche und ausführliche körperliche Untersuchungen werden unterbezahlt. Das führt einerseits zu der berüchtigten 3-Minuten-Medizin mit schnellen Entscheidungen für dieses oder jenes Medikament. Auf der anderen Seite ist die Führung einer auf Betreuung und ärztliches Gespräch sowie Beratung ausgerichteten Praxis finanziell nur tragbar, wenn gleichzeitig zahlreiche technische, oft als unsinnig empfundene Untersuchungen durchgeführt werden. Dabei zeigt bereits ein Blick auf die in der ambulanten Praxis am häufigsten vorkommenden Konsultationen, daß schwere, akut behandelbare Erkrankungen zu den Ausnahmen gehören. Leichtere Infektionen und funktionelle Störungen machen einen großen Teil der Behandlungsfälle aus. Eine medikamentöse Therapie kann hier häufig mehr schaden als nützen. Vielmehr käme es darauf an. durch Aufdeckung psychosozialer Verursachungsfaktoren sowie Aufklärung und Beratung auf die Ursachen dieser Beschwerden Einfluß zu nehmen. - Bei den chronischen Erkrankungen wie Rheuma, Herzinsuffizienz, Bluthochdruck, koronare Herzkrankheit und Asthma bronchiale ist eine langfristige Betreuung notwendig. 15 Hierbei genügt es nicht, den Patienten auf bestimmte Medikamente einzustellen. Wie bekannt ist, nehmen nur etwa die Hälfte aller Patienten ihre Medikamente in der vom Arzt verordneten Weise ein. Ein wesentlicher Grund dafür dürfte darin liegen, daß keine oder nur sehr vage Vorstellungen darüber bestehen, in welcher Art und worauf die Medikamente wirken. So nehmen beispielsweise Herzpatienten ihr Digitalis (ein Medikament, das nur bei kontinuierlicher Medikation wirkt) oft nur, wenn es ihnen akut in irgendiener Weise schlecht geht. Abgesehen davon, daß das betreffende Symptom häufig gar nicht auf das Herz zu beziehen ist, tritt bei einer solchen Einnahme wegen der Unterdosierung überhaupt keine Wirkung ein. Andere wiederum nehmen ihre Medikamente zwar regelmäßig. aber bei Unwohlsein einige Tabletten zusätzlich - was zu lebensgefährlichen Vergiftungen führen kann. Es ist deshalb dringend notwendig, den Patienten ausführlich und geduldig über alles, was in Zusammenhang mit seiner Krankheit steht, aufzuklären: Wie sich die Krankheit entwickeln kann und auf welche Anzeichen er selbst achten muß, ob und wie er seine Lebensweise darauf einstellen muß.

Zu den Mängeln im ambulanten Bereich gehört also neben der Tatsache, daß in unserem System ambulanter Medizin am Patienten und seiner Krankheit verdient werden kann, auch eine Fehlentwicklung mit Überbetonung diagnostischer und apparativer Maßnahmen und einer Vernachlässigung von Betreuungsfunktionen. Bei gesundheitspolitischen Forderungen ist — ähnlich wie für den stationären Bereich — mehr als bisher auf die inhaltliche Bestimmung dessen was an ambulanter Versorgung erfolgen soll, einzugehen.

Ursachen der Entwicklung

Fragt mannach den Ursachen der beschriebenen Schwerpunktsetzung in der Medizin, so stellt man fest, daß hier handfeste ökonomische Interessen im Hintergrund stehen. Mit der stark apparativ-technisch ausgerichteten kurativen Medizin einschließlich ihrer Diagnostik werden bekanntlich von Seiten der Geräte- und Pharma-Industrie hohe Gewinne gemacht. An Betreuung und Prävention hingegen läßt sich, da es sich zu großen Teilen um "Dienstleistungen" handelt, industriell wenig verdienen.

Schon auf der Ebene der medizinischen Wissenschaft werden die Weichen für die Schwerpunkte der medizinischen Versorgung gestellt. Die Finanzierung wissenschaftlicher Forschung erfolgt zu großen Teilen durch die medizinische Industrie. Ein Interesse dieser Unternehmen an Forschungsvorhaben ist aber naturgemäß immer nur da gegeben, wo ein unmittelbarer Nutzen für sie zu erwarten ist: nämlich verkäufliche Medikamente und Geräte zu entwickeln. So wird - häufig auch noch mit wissenschaftlich fragwürdigen Methoden - nur der unmittelbare Erfolg medikamentöser oder technischer Eingriffe bewiesen. Naturwissenschaftliche Grundlagenforschung sowie epidemiologische und sozialmedizinische Forschung und schließlich kontrollierte Studien zu Behandlungserfolgen an größeren Kollektiven bringen niemandem unmittelbaren Profit. Wo derartige Forschungen - beispielsweise von staatlichen Institutionen - dennoch betrieben werden, gehen ihre Ergebnisse in gesundheitspolitische Konzeptionen nicht ein.

Die gesundheitspolitischen Strategien des Staates stützen die einseitig auf Kuration ausgerichtete Entwicklung der Medizin. Das Eingeständnis der Begrenztheit kurativer Medizin würde nämlich präventive und betreuende Aufgaben in den Vordergrund stellen, was zu einer Kollision mit der Industrie wie auch mit der privatwirtschaftlichen Organisation medizinischer (insbesondere ambu-

lanter) Versorgung führen müßte.

Auch von Seiten der in der medizinischen Forschung tätigen Arzte ist eine Veränderung der wissenschaftlichen Orientierung nicht zu erwarten. Dem Profilierungs- und Veröffentlichungsdruck karrierebewußter Mediziner kommen kurzfristige, eng umschriebene

und finanziell abgesicherte Forschungsvorhaben entgegen.

Unter dem Zugzwang der "modernen wissenschaftlichen Medizin" erfolgt schließlich auch die Verteilung des insgesamt eingeschränkten Finanzvolumens. So werden an den Krankenhäusern zwar technische Ausstattung und Pharmaka-Therapie als scheinbar sachnotwendige Ausgaben problemlos getragen, auch gehen technische Leistungen wie Röntgen- oder Herzkatheter-Untersuchungen in den Stellenplan ein, jedoch werden Pflege- und Betreuungsfunk-

tionen im Stellenplan nicht ausreichend berücksichtigt. Auch in der ambulanten Medizin wird — gestützt durch die Struktur der ärztlichen Gebührenordnung, die technische Leistungen lohnender macht als betreuende — der technische Aufwand gefördert.

Nutznießer dieser aus Steuergeldern und Krankenkasseneinnahmen finanzierten Entwicklung ist eindeutig die medizinische Industrie. Die volksgesundheitliche Versorgung hat sich dadurch zumindest nicht entscheidend verbessert, in einigen Bereichen sogar wahrscheinlich verschlechtert.

Strukturfragen ambulanter Medizin

In einem weiteren Teil des in der Arbeitsgruppe geführten Gespräches wurden strukturelle Fragen vorwiegend der ambulanten Versorgung angesprochen. So wurde diskutiert, inwiefern die jetzige Aufteilung in Allgemeinmediziner und Fachärzte sowie die zunehmende Zahl von Fachärzten bei Verminderung der Allgemeinmediziner einen sinnvollen Entwicklungsweg darstellt. Man weiß einerseits, daß wenige, 20-30 Krankheiten, für die Mehrzahl aller Konsultationen in der ambulanten Medizin verantwortlich sind. Andererseits ist eine zunehmende Spezialisten zahlreiche Leistungen erbracht, die nicht unbedingt in den Aufgabenbereich eines "Spezialarztes" fallen müssen. So scheint es vielmehr sinnvoll, daß die gesamte ambulante Medizin von Allgemeinärzten (diese müßten eine solide internistische Ausbildung haben), Pädiatern und Gynäkologen sowie möglicherweise Psychiatern getragen wird und für die verbleibenden, eine spezielle Versorgung benötigenden Erkrankungen Spezialisten in kleinerer Zahl zur Verfügung stehen. Dabei wurde sowohl die Versorgung in Großbritannien als auch die in Holland als beispielgebend angeführt. Darüberhinaus konnte festgehalten werden, daß eine Konzentration auf die wichtigsten Erkrankungen in der Ausund Weiterbildung von entscheidender Bedeutung ist: Es ist für die Güte einer Versorgung wahrscheinlich sehr viel entscheidender, daß die wenigen häufigen Krankheiten in ihrer Diagnose, Therapie und ihrem Verlauf sehr gut vom Arzt gekannt werden, als daß eine unzureichende Kenntnis über alle nur möglichen Hunderte von Krankheiten besteht. Dies hat sich wahrscheinlich nicht so wesentlich in der Ausbildung, jedoch entscheidend in der Weiterbildung niederzuschlagen.

In der Diskussion um die Organisationsform in der ambulanten Medizin wurden nochmals die Nachteile der Einzelpraxis aufgezählt: Isolierte Arbeitsweise führt zur auch fachlichen Isolation; Problempatienten können nicht besprochen werden; eine kollegiale Fortbildung an den Problemen eines Patienten zum Nutzen von Patient und behandelndem Arzt findet nicht statt, da kein Kollege

zum fachlichen Gespräch jederzeit da ist; ein Teil von Versorgungsangeboten (z.B. Diätassistentin, Krankengymnastik aber auch technische Einrichtungen) lassen sich in der Einzelpraxis nicht finanzieren, da nicht eine ausreichende Zahl zu versorgender Patienten vorhanden ist. In der Gruppenpraxis scheint in allen genannten Punkten eine Verbesserung der Versorgungsqualität möglich geworden zu sein - so wurde es zumindest bei der Darstellung aus der Arbeit solcher Praxen deutlich. Die Diskussion zeigte jedoch auch, daß eine Verbesserung der Versorgungsqualität in der Gruppenpraxis mit Sicherheit nicht wesentlich an den kurativen Funktionen zu bestimmen ist. Denn auch hier gilt, daß wesentlicher Aufgabenbereich gerade der ambulanten Medizin in der Betreuung liegt und somit Erfolge oder Mißerfolge eben auch an dieser Funktion zu bestimmen sind.

Zusammenfassend wurde betont, daß die Gruppenpraxis - einschließlich der zumeist stattfindenden psychosozialen Betreuung nur Modellcharakter haben kann. Eine solche Praxis unter den bei uns vorherrschenden juristischen und ökonomischen Bedingungen zu betreiben, bedeutet für die Beteiligten, finanzielle Einbußen im Vergleich zum einzeln niedergelassenen Arzt - hinzunehmen, Dies aber erfordert einen Idealismus, der nicht Basis für eine massenweise Verbreitung dieser Praxisform sein kann. Eine Verbesserung ambulanter Versorgung wird also nur durch gesundheitspolitische Diskussion und die Auseinandersetzung in diesem Bereich vorantreiben, der Beginn einer Lawine von Veränderungen werden sie mit Sicherheit nicht sein.

Anmerkungen

Bei den Aussagen zur kurativen Potenz der Medizin sind zur weiteren Information nur deutschprachige Überblicksarbieten angegeben, aus denen dann auch Primärliteratur zu entnehmen ist.

² Abholz, H.-H.: Medizinische Interventionen beim Myokardinfarkt. In: Jahrbuch für kristische Medizin, Bd. 3. Argument-Sonderband 27, 1978 S. 44-64

s.Fußn.2.

⁴ S.Kap.1 in Deppe, H.-U. (Hrsg.); Gesundheit, Staat und Gesellschaft, Stuttgart 1978

Krokowski, E.: Befindet sich die kurative Krebstherapie in der Sackgasse? Dtsch.Med. Wschr. 104, 1979 S. 326-329
S. auch: Enstrom, J.E., D.F. Austin: Interpreting Cancer Survival Rates. Science, 195, 1977 S. 847-851

⁷ S.Fußn.4.

Finland, M.: Changing Ecology of Bacterial Infection as related to Antibacterial Therapy, J. Infect. Dis. 122, 1970 S. 419-423

 McKeown, Th.: The Modern Rise of Population. London 1976
Abholz, H.-H.: Erfordernisse an die ambulante Medizin — Ableitungen aus klinisch-epidemiologischen Befunden. In: Argument-Sonderband 30, 1979, S. 100-119

11 S. Zusammenfassung in: Fußn 4.

12 Cavert, G.D. et al.: Lancet 1978, II, 66-67

Pflanz, M.; Hypertonie — Epidemiologische Fragen der Datenerfassung. In: Bock, K.D.: Sozialmedizinische Probleme der Hypertonie in der BRD. Stuttgart 1978
Girt, E. et al.: Veränderungen krankenhausärztlicher Tätigkeit —

Eine empirische Analyse (1970-77). In: Jahrbuch für kritische

Medizin, Bd. 4, Argument-Sonderband 37, 1979

15 S.Fußn.10.

Arbeitsgruppe III B: Ansätze sozialmedizinischer und psychosozialer Prävention

Illona Kickbusch: Medizinische Selbsthilfegruppen

Die Suche nach neuen gesundheitspolitischen Strategien hat die Arbeitsgruppe "Prävention" für einige Stunden zu einem Diskussionsforum über Selbsthilfegruppen werden lassen, obwohl der Wirkungsbereich dieser Gruppen bisher vornehmlich im Bereich der Krankheitsbewältigung bzw. der Tertiärprävention liegt. Solche Diskussion unter nicht direkt Betroffenen kreisen meist um zwei entgegengesetzte gesellschaftspolitische Standpunkte, die auch in der Literatur zum Thema vorherrschen: befürchten die einen die unzulässige Reprivatisjerung staatlich zu erbringender Dienstleistungen, so sehen die anderen schon den Silberstreif einer neuen basis-demokratischen Bewegung am Horizont¹. Die Realität ist widersprüchlicher und manchmal auch ernüchternder als die meisten der bisher vorliegenden Analyseversuche, und für teilnehmende Beobachter oder Aktionsforscher ist es mitunter ärgerlich bis frustrierend, wenn die Selbsthilfegruppen nicht jenem Ideal entsprechen, das man im Kopf hat. Da drängt es sich auf, diesen Gruppen erläutern zu wollen, was eine echte Selbsthilfegruppe ist, oder ihnen zu vermitteln, wo die wahren gesellschaftlichen Probleme liegen. Letzteres liegt in der medizin-soziologischen Diskussion über Prävention und Rehabilitation besonders nahe.

Die wissenschaftliche Besserwisserei in Sachen Gesellschaftsveränderung hat schon in der Diskussion um die Bürgerinitiativen in manche Sackgasse geführt und auch die Abschlussdiskussion des Kongresses in München zeichnete sich eher durch ein Beharren auf Wohlbekanntem, als durch soziale Phantasie aus. In einem anderen Artikel bin ich ausführlicher auf die gesellschaftspolitische Kontroverse über Selbsthilfe und Selbstorganisation eingegangen, und