

Zwischen Technik und Menschlichkeit

Wissenschaftlicher Fortschritt in der Medizin

| JULIKA LOSS | Mit der Entwicklung der modernen Medizin gehen umwälzende Veränderungen einher, die weitreichende Folgen für Arzt und Patient haben. Alle Beteiligten im Gesundheitswesen stehen vor neuen Herausforderungen. Welche Auswirkungen hat der Wandel in der Medizin?

In der Medizin hat sich in den vergangenen Jahrzehnten vieles verändert. Der US-amerikanische Sozialmediziner A. S. Relman spricht sogar von Revolutionen, die die ärztliche Berufsausübung geprägt haben. Am Beginn steht dabei, als „erste Revolution“, der außerordentliche wissenschaftliche Fortschritt in der Medizin in den Nachkriegsjahren, der andernorts auch als „Explosion des Machbaren“ beschrieben wird. In den siebziger Jahren kam es dann nach Relman zu einer zweiten Revolution, der Phase der Kostendämpfung, die auch heute noch allgegenwärtig spürbar ist, beispielsweise in Form der unzähligen Gesundheitsreformgesetze oder der Einführung allgemeiner Budgetierungen oder Fallpauschalensystemen. Es schließt sich die Revolution der Bewertung und Rechtfertigung an (englisch: assessment and accountability) – Ärztinnen und Ärzte werden für ihre individuellen Leistungen zur Verantwortung gezogen, man fordert wissenschaftlichen Wirksamkeitsnachweis, man kontrolliert die Qualität, man erwartet Wirtschaftlichkeit. Diese drei umwälzenden Veränderungen sind keine Entwicklungen, die einander abgelöst haben, sondern hängen zusammen und wirken bis heute

fort. Im Grunde ist der Nucleus aller Veränderungen der medizinische Fortschritt, der dann die weiteren Phasen ins Rollen gebracht hat. Zu den unzähligen bahnbrechenden pharmakologischen und medizintechnischen Entwicklungen der letzten Jahrzehnte gehören – um nur einige zu nennen – die Neuerungen in der Bildgebung (z.B. Computertomographie, Magnetresonanztomographie), die klinisch-chemischen und immunologischen Möglichkeiten in der Diagnostik; im therapeuti-

»Heute hat ein medizinisches Lehrbuch maximal ein halbes Jahrzehnt Gültigkeit.«

schon Bereich die Antibiose, die erheblich verbesserten medikamentösen Möglichkeiten in der Krebstherapie, oder auch die sog. interventionelle Therapie (Endoskopie, Herzkatheter), mit deren Hilfe ohne große operative Eingriffe Schleimhautveränderungen entfernt oder Gefäßengstellen aufgeweitet werden können. Auch die Chirurgie selber hat immer neue Eingriffe möglich gemacht, denken wir an Organtransplantationen oder an Operationen am offenen Herzen. Dieser medizinische Fortschritt ist ohne Frage ein Segen für

die Menschheit; wir würden heute nicht mehr darauf verzichten wollen. Wir können durch die moderne Medizin vieles in Angriff nehmen, heilen, behandeln, was vor Jahrzehnten noch den Tod oder lebenslanges Leiden bedeutet hätte. Das spiegelt sich auch in der Lebenserwartung wider: lag diese um 1860 noch bei 35 (Männer) bzw. 40 Jahren (Frauen), stieg sie in der Folgezeit kontinuierlich an auf mittlerweile 77 bis 82 Jahre. Die Verlängerung der Lebenszeit mag v.a. auf Verbesserungen in Hygiene und Ernährung sowie auf die erhöhte Sicherheit bei der Arbeit und im Straßenverkehr zurückzuführen sein; aber auch die Entwicklungen in den medizinischen Behandlungsmethoden tragen zu geschätzten 30 bis 50 Prozent dazu bei. Wir können die Lebensqualität verbessern, auch bei Erkrankungen, die nicht heilbar sind.

Aber der Ärztestand ist wie die Disziplinen von Medizinsoziologie und -psychologie, Medizinethik und Gesundheitswissenschaften auch immer aufgerufen, die verschiedenen Herausforderungen und mögliche bedenkliche Auswirkungen des medizinischen Fortschritts zu reflektieren.

Sinkende Halbwertszeit des Wissens

Das Ausmaß des medizinischen Fortschritts in den letzten Jahrzehnten verdeutlicht ein Blick zurück in die Antike: Der griechische Arzt Galen hat um 150 n. Chr. durch anatomische Versuche an Tieren Erkenntnisse gewonnen, über die er eine Reihe von Werken verfasst hat. Diese Bücher waren die Grundlage der medizinischen Ausbildung und Heilkunde bis zur Renaissance; 1 200 Jahre hat man nach Galens Lehrbüchern Medizin gelernt, gelehrt und praktiziert. Heute hat ein medizinisches

AUTORIN

Julika Loss ist Professorin für Medizinische Soziologie am Institut für Epidemiologie und Präventivmedizin der Universität Regensburg.





Foto: picture-alliance

Lehrbuch maximal ein halbes Jahrzehnt Gültigkeit. David Sackett hat einmal die Halbwertszeit des medizinischen Wissens auf drei bis fünf Jahre angesetzt. Die Folge ist, dass Ärzte sich kontinuierlich weiterbilden müssen. Man hat ausgerechnet, dass ein Internist täglich 19 Artikel lesen müsste, um wenigstens mit den wichtigsten Entwicklungen Schritt halten zu können. Man kann sich vorstellen, wie wenig realistisch das ist. „Der ärztlichen Informationsgesellschaft“, schrieb das Deutsche Ärzteblatt, „steht das Wasser aus kräftig sprudelnden Informationsquellen bis zum Hals“. Wie kann man überhaupt eine Brücke schlagen zwischen den sich immer mehr anhäufenden Erkenntnissen auf der einen und der fordernden Arbeit in Praxis und Klinik auf der anderen Seite?

Dass diese Wissensentwicklung auch an den Patienten nicht spurlos vo-

rüber gegangen ist, wissen wir alle. Man könnte zu den eingangs erwähnten drei Revolutionen vielleicht noch eine vierte hinzufügen: Revolution durch Information und Kommunikation. Denn inzwischen wissen Patientinnen und Patienten durch laienverständliche Informa-

»Ein Internist müsste täglich 19 Artikel lesen, um mit den wichtigsten Entwicklungen Schritt halten zu können.«

tionen aus dem Internet häufig schon sehr gut Bescheid über ihre Krankheiten. Auch das ist für die Ärzte nicht immer leicht, und sie müssen sich darauf einstellen, dass der mündige, gut informierte Patient wahrscheinlich auch der unbequemere Patient ist.

Wachsende Anspruchshaltung

Gleichzeitig hat die Fülle der Leistungen, die möglich sind oder möglich scheinen, die Erwartungshaltung an die

Galenus und Hippokrates, Fresko, 1231/55

Medizin deutlich steigen lassen: die Anforderungen, die die Gesellschaft an die Leistungsfähigkeit der modernen Medizin stellt, sind zum Teil immens. Es ist vielerorts ein Gefühl entstanden, Gesundheit sei etwas, das in jedem Fall machbar bzw. wiederherstellbar sei. Lassen sich nicht die Streuherde eines bösartigen Tumors einfach alle „herausoperieren“? Sind die Auswirkungen eines ungesunden Lebenswandels nicht durch Tabletten kurierbar? Wir begegnen in Teilen der Bevölkerung einer Anspruchshaltung, bei der davon ausgegangen wird, dass nicht nur die Kosten, die im Fall einer Krankheit entstehen, abgesichert sind, sondern auch, dass die erfolgreiche Behandlung garantiert ist. Eine solche Haltung kann auch bewirken, dass präventive Bemühungen wie Gesundheitsförderung eher unwichtig

erscheinen. Wir beobachten das am Beispiel der antiretroviralen Therapie für HIV/Aids: sie ist medizinisch ein großer Erfolg; aber man hat festgestellt, dass ihre Verfügbarkeit das Interesse an Prävention im Bereich HIV/Aids erheblich unterminiert hat. Praktizierende Ärzte, gerade in der Klinik, werden oftmals mit der Überzeugung der Patienten konfrontiert, in jedem Fall geheilt zu werden. Insbesondere betrifft das die Verheißungen der Chirurgie und der Intensivmedizin. Eine derartige Erwartung setzt Ärztinnen und Ärzte unter einen großen Leistungsdruck; eine Patientin oder einen Patienten sterben lassen zu müssen wird häufig als persönliche Niederlage und persönliches Versagen empfunden. Hier hat ein Umdenken in die Richtung, den Arzt auch als Sterbebegleiter zu sehen und anzuerkennen, in vielen Fällen noch nicht eingesetzt.

Vermeidung menschlicher Nähe

Es ist interessant, dass die Entwicklung der modernen Medizin gleichsam als Geschichte der Vermeidung menschlicher Nähe zum Kranken lesbar ist. Darstellungen aus früheren Jahrhunderten zeigen den untersuchenden Arzt oft direkt mit seinem Ohr und seinen Händen am Brustkorb oder Rücken des Patienten. Dieser direkte körperliche Kontakt war etwas ganz Essentielles für die Diagnostik. Heute wird diese unmittelbare Nähe durch moderne Bildgebung oder instrumentelle Verfahren wie Arthroskopie und Endoskopie aufgehoben. Bei einer Computertomographie beispielsweise sitzt der beurteilende Arzt sogar in einem anderen Zimmer als der Patient. Zwischen Arzt und Pa-

»Stellenausschreibungen für Chefarzt-Positionen fordern explizit auch ökonomische Kompetenz.«

tienten schieben sich oftmals technische Geräte für Diagnostik und Behandlung oder zum Ersatz von Körperfunktionen, wie etwa Dialyse oder künstliche Beatmung. Damit werden Patienten oftmals zum Gegenstand von technischer Handhabung. Diese anspruchsvollen technischen Tätigkeiten auszuführen hat für viele Ärzte einen besonderen Reiz. Es gibt eine Vielzahl von Ärzten, die mit Leidenschaft und Geschick endoskopieren oder Katheter legen. Es

lässt sich aber auch eine Gegenbewegung beobachten, eine Umkehr bei manchen Ärzten, die sich bewusst den alternativen Heilverfahren zuwenden – weil sie das Gefühl haben, dadurch die Nähe zum Patienten wiederherstellen zu können, weil sie den Reiz ihrer Tätigkeit eben nicht im Technischen sehen. Auch wenn diese persönliche Auseinan-

»Zwischen Arzt und Patient schieben sich oftmals technische Geräte für Diagnostik und Behandlung.«

dersetzung per se nach wie vor zentraler Teil der Schulmedizin ist, wird sie aber in diesem Rahmen oft nicht angemessen honoriert.

Und natürlich wissen wir, dass zahlreiche Patientinnen und Patienten diese alternativen Heilverfahren nachfragen, weil sie Bedenken gegenüber einer technisierten Medizin haben. Immer wieder wird, z.B. auch in den Medien, diese Angst in Bilder gefasst, indem die Behandlung im Krankenhaus als Situation des hilflosen Ausgeliefertseins in einer feindlich-technischen Umgebung dargestellt wird. Für Ärzte bedeutet diese Entwicklung, dass der medizinische Fortschritt es immer schwieriger macht, zwischen der technischen Machbarkeit auf der einen Seite und der tatsächlich vorhandenen Notwendigkeit für den individuellen Patienten auf der anderen Seite zu entscheiden. Die Balance zwischen Technik und Menschlichkeit ist schwierig. Mediziner müssen zum einen unter einem „technischen Imperativ“ arbeiten, zum anderen aber auch einem „ethischen Imperativ“ gehorchen: Verheißungen, aber auch Sachzwänge der

medizinischen Technik führen dazu, dass der Arzt nichts unterlassen möchte, was einem Patienten möglicherweise helfen kann – nicht zuletzt

aus Angst davor, juristisch belangt zu werden. Auf der anderen Seite steht die Frage, was wirklich im Sinne des Patienten noch notwendig und sinnvoll ist, auch hinsichtlich Lebensqualität.

Kostensteigerung

Der Fortschritt in Pharmakotherapie und Medizintechnik führt dazu, dass sich die Gesundheitsausgaben kontinuierlich erhöhen. 1992 wurden beispielsweise durchschnittlich 2 000 Euro pro

Einwohner für Gesundheit ausgegeben, 2009 waren es schon 3 400 Euro. Als Folge haben in den letzten zehn, fünfzehn Jahren in der Medizin neue Leitmotive und Begriffe an Relevanz gewonnen. Blättert man das Deutsche Ärzteblatt durch, trifft man immer wieder auf Schlagworte wie Effektivität, Effizienz, Leitlinien, Priorisierung oder Rationalisierung.

Manchmal gewinnt man den Eindruck, dass die ökonomische Rationalität zur eigentlichen Leitkategorie der ärztlichen Berufs-

ausübung avanciert ist, und dafür alle anderen Rationalitäten in den Hintergrund gedrängt werden. Treffend ist das (in einem anderen Zusammenhang) einmal von Jürgen Habermas ausgedrückt worden, der von einer „Kolonialisierung der Lebenswelten durch die Ökonomie“ spricht; ähnlich empfindet das sicherlich auch mancher tätige Mediziner. Verbunden damit ist das Gefühl einer geringen Wertschätzung: dass etwa ein Arzt das Beste für den Patienten versucht und ihm gleichzeitig – von Krankenkassen oder kaufmännischen Geschäftsführern – verschwenderische oder gar betrügerische Tendenzen unterstellt werden. Interessant ist, dass die ökonomischen Kompetenzen nicht nur extern an die Ärzte herangetragen werden, sondern sich auch von innen entwickeln. Stellenausschreibungen z.B. für Chefarzt-Positionen fordern nicht nur medizinische Fachkenntnis, sondern explizit auch ökonomische Kompetenz. Berufsbegleitende Studiengänge zum Thema Health Business Administration, Health Management oder Gesundheitsökonomie sprießen mittlerweile wie Pilze aus dem Boden und werden zunehmend von Ärztinnen und Ärzten nachgefragt.

Wir verdanken dem wissenschaftlichen Fortschritt in der Medizin viel. Der Fortschritt muss aber auch medizinisch sinnvoll sein, er muss bezahlbar bleiben, um nicht einer weiteren Ökonomisierung der Medizin Vorschub zu leisten. Es muss ein Fortschritt sein, von dem auch die Patienten überzeugt sind, dass sie ihn wollen und von ihm profitieren.