

Die verlorene Kunst des Heilens: Reflexionen zu den Thesen von Bernard Lown

I. Einleitung: Heilen – eine verlorene Kunst

„Behandeln ist etwas anderes als heilen: Ersteres bezieht sich auf ein schlecht funktionierendes Organsystem, Letzteres aber auf ein leidendes menschliches Wesen“

Legt man den folgenden Überlegungen dieses Verständnis des Begriffes „Heilen“ zugrunde, dann spielt die „Kunst des Heilens“ innerhalb der Schulmedizin unserer Tage keine große Rolle. Heilen also eine vergessene Kunst, eine verlorene Fähigkeit, eine verkümmerte, nur noch marginale ärztliche Tätigkeit? Wenn dem so ist – und Einiges spricht dafür – , wird es hohe Zeit, sich mit diesem beunruhigenden Aspekt zu beschäftigen. Hierbei werden uns die aktuellen Ausführungen von Bernard Lown über „Die verlorene Kunst des Heilens: eine Anleitung zum Umdenken“ (15) Anregung und gleichzeitig Leitschnur sein. Wie beim Eingangszitat wird auch jedem der folgenden Kapitel eine Kernaussage des Autors vorangestellt. Daneben soll uns die Darstellung einiger weniger typischer Krankenschicksale vor allzu patientenfernem Theoretisieren bewahren.

Bereits Mitte des vorigen Jahrhunderts hat Lown in Boston, USA die erste hochtechnisierte Intensivstation zur Überwachung von Infarktpatienten, eine sogenannte „Coronary Care Unit“, eingerichtet und als erster Kardiologe bei Patienten mit einer Sonderform plötzlicher und nahezu immer tödlicher Herzrhythmusstörungen erfolgreich die Defibrillation („Elektroschock-Therapie“) gewagt. Sehr rasch wurde beides als unabdingbarer Standard in das Repertoire der heutigen modernen Medizin aufgenommen. Der gleiche Arzt, nämlich jener weltbekannte fachkompetente Wissenschaftler und Herzspezialist Bernard Lown, war auch Mitbegründer der „Internationalen Vereinigung der Ärzte gegen den Atomkrieg“ (IPPNW) und erhielt später gemeinsam mit dieser Organisation den Friedensnobelpreis.

Wenn Lown in dem oben zitierten Satz ein wichtiges Resümee seiner wissenschaftlich-medizinischen Tätigkeit formuliert, dann zeigt dies ebenso wie der Blick auf seine Biographie: Der thematische Bogen seines ärztlichen Handelns erschöpft sich nicht in der kompetent durchgeführten wissenschaftlich begründeten Diagnostik im weitesten Sinn, sondern er spannt sich von dort über den gezielten Einsatz komplexer therapeutischer Methoden hin zur Prognosestellung und Begleitung des keineswegs immer heilbaren Kranken bis zu seinem Tod. Dass sich das Verständnis der „Kunst des Heilens“ bei Bernard Lown dabei lebensgeschichtlich entwickelt hat, wird in den unterschiedlichen Abschnitten seines gewaltigen Werkes deutlich: Ganz am Anfang seines medizinischen Wirkens erreichte er eine drastische Herabsetzung der Frühmortalität beim Herzinfarkt durch rasche Mobilisierung der Patienten. Unter Einsatz hoch technisierter Apparate gelang ihm zu etwa gleicher Zeit auch die „Heilung“ vieler Patienten von Rhythmusstörungen, ganz sicher in beiden Fällen mit großer menschlicher Zuwendung. Am Ende seines ärztlichen Wirkens legt er nun jedoch einen besonderen Schwerpunkt auf das Zuhören und Sprechen mit dem Patienten, die er als wesentliche Attribute des Heilens aus der Vergessenheit zurück zu holen scheint.

II. Was ist Heilen?

1. Überlegungen zu einer Definition der Begriffe Behandlung und Heilung

„Ich kenne nur wenige Heilmittel, die mächtiger sind als ein sorgsam gewähltes Wort“

Heilen beschreibt ein Geschehen, das keineswegs klar umrissen ist. Es gibt weder eine allgemeingültige und allgemein akzeptierte Definition von Heilen noch eine „Theorie der Heilung“(20). Komplizierend kommt hinzu, dass das Wort „heilen“ sprachlich in zwei genus verbi gebraucht werden kann, also zwei unterschiedliche Bedeutungsspektren hat.

Einmal wird „heilen“ im Sinne von „gesund *machen*“ benutzt, also transitiv. Ein Beispiel hierzu: Der Arzt heilt den kranken Patienten von seiner Pneumonie, indem er die bakterielle Infektion eines angegriffenen und defekten Einzelorgans, nämlich der Lunge, etwa mit einem Antibiotikum behandelt. In der Regel hat der Arzt auf diese Weise im engeren Sinne zwar nur ein krankes Organ, aber dennoch den Patienten in seiner Gesamtheit wieder gesund gemacht, also geheilt.

Ein weiteres Exempel noch: Der Chirurg entfernt bei einer akuten Appendizitis den schmerzenden Wurmfortsatz aus dem Bauch des Patienten, der dann wenige Tage später geheilt, also gesund das Krankenhaus verlässt. In beiden Fällen hat der Arzt die Heilung aktiv herbeigeführt.

Im Unterschied dazu kann der Begriff „heilen“ auch „(wieder) gesund werden“ bedeuten. Der Begriff ist hier intransitiv gebraucht, wie das nächste Beispiel zeigt: Nach einem Sturz heilt die Verletzung – etwa die Schürfwunde am Bein des Kindes – innerhalb einer Woche ab. Am Ende ist das Knie wieder gesund geworden; es ist also geheilt, ohne dass die Heilung aktiv durch einen Menschen beeinflusst wurde. Bereits an diesem ganz alltäglichen Beispiel erahnen wir, dass Gesundheit – als Ziel des Heilens – nicht machbar ist, auch nicht durch den Arzt, sondern dass sie sich, wie es Dörner einmal formuliert hat, selbst herstellt (4).

Diese Ahnung vertieft sich, wenn neben die sprachliche Annäherung an eine Definition des Begriffes „Heilen“ nun die verschiedenen inhaltlichen Nuancierungen treten. Da ist zunächst die Bedeutungsebene, die formal eher an den transitiven Gebrauch des Wortes anknüpft und die Heilen als die – etwa durch den Arzt gestaltete – völlige Beseitigung der Erkrankung und die Wiederherstellung der Gesundheit, also eine „restitutio ad integrum“ beschreibt.

Heilen in einem erweiterten Sinn, der eher dem intransitiven Aspekt des Wortes Rechnung trägt, umfasst neben dem bloßen Behandeln oder Therapieren auch das Kurieren, also das Sorgen, das Begleiten und Trösten des Patienten. In einem so umfassenden Verständnis wird auch und gerade da von heilendem Handeln die Rede sein können, wo die restitutio gar nicht – oder nicht mehr – erreicht werden kann, wo ein Patient aus schulmedizinischer Sicht „austherapiert“ ist. Heilen in einem solchen weiten Horizont ist sprachlich – in Anlehnung an Lown – am klarsten mit dem Begriff „Heilung“ wiederzugeben.

Behandeln definiert Lown als eine ärztliche Tätigkeit, die sich dadurch recht gut beschreiben lässt, dass sie sich etwa auf ein krankes Organsystem, eine bestimmte Methode, eine besondere Krankheit, einen bestimmten Zeitraum etc. bezieht. Natürlich ist das Ziel einer kompetenten Behandlung immer, eine Erkrankung zu heilen, zumindest aufzuhalten oder zu bessern, sie vielleicht auch zu verhüten. Damit hat dieser Begriff des Behandelns keineswegs eine von vornherein negative, also geringerwertige Gewichtung im Vergleich mit dem Begriff des Heilens. Allerdings reklamiert Lown mit allem Nachdruck, daß in diesem Sinne *behandeln* zwar eine notwendige erste, aber eben nicht die einzige Tätigkeit des Arztes sein kann, eben weil er der umfassenden *Heilung* der gesamten Persönlichkeit seines Patienten verpflichtet ist.

2. Einige weitere Aspekte zum Bezugsrahmen einer Definition von Heilen

„Die Ärzte können den Prozeß des Sterbens menschlich gestalten und ihm eine Würde verleihen, die diesem allerletzten Lebensabschnitt zumeist fehlt“

Dass es keine allgemeinverbindliche Definition des Begriffes „Heilen“ gibt, liegt sicher nicht zuletzt auch daran, dass in diesem Bereich die unterschiedlichsten Interessen, Faktoren und Kräfte wirksam werden. Nur einige kurze Anmerkungen dazu:

Einflussnahme auf das Heilen.

Das Heilen wird – wie alle Sparten des modernen Medizinbetriebs – gelegentlich von den Interessen und Herrschaftsbedürfnissen unseres Gesundheitssystems überwuchert (9). Stichworte wie Kostenexplosion, Lobbyismus, Egoismen oder mangelnde Effizienz zeigen, wie vielfältig die Beeinflussungen von außen sind.

Subjektivität des Heilens.

Beim Erleben des Heil-Werdens kommt es ganz entscheidend auf das subjektive Empfinden des Kranken an, und damit entzieht sich dieser Vorgang weitestgehend einer objektiven Definition. Für den Arzt ist nämlich keineswegs immer zu entscheiden oder zu klären, ob ein Patient im medizinisch-naturwissenschaftlichen Sinne wirklich geheilt ist, oder ob er sich „nur“ geheilt fühlt, also lediglich glaubt, geheilt zu sein.

Vielfältige Beteiligung am Prozess des Heilens.

Die Ärzte tragen zahlenmäßig nur zu einem verschwindend kleinen Anteil zur Lösung gesundheitlicher Probleme des Einzelnen bei; und dabei ist dieser Anteil noch merkwürdig ineffektiv. Dies steht im Gegensatz zur Selbsteinschätzung der Ärzte hinsichtlich ihrer Bedeutung, denn Ärzte – auch traditionelle Heiler – haben, so Mc Keown (16), immer dazu geneigt, die Wirksamkeit ihrer Eingriffe zu überschätzen und deren Risiken zu unterschätzen. Dennoch steht in nahezu allen Diskussionen über die Phänome des Heilens die Rolle des Arztes im Vordergrund, die anderen Helfer und Heiler treten dahinter zurück. Dadurch entsteht eine fatale Verengung der Begriffsbestimmung. Wir wollen daher besonders betonen, daß Heilen keineswegs eine auf den geschützten Raum der Schulmedizin beschränkte Handlung und schon gar nicht das Monopol der Ärzte in Krankenhaus oder Praxis ist. Es war daher nur folgerichtig, dass Lown bereits in den allerersten Intensivstationen die Krankenschwestern auf die Ebene von Berufskolleginnen gehoben und in die „pflegerische Teilhaberschaft“ eingebunden hat.

Kontextualität des Heilens.

Fraglos gibt und gab es innerhalb und außerhalb der Schulmedizin zu allen Zeiten und in allen Ländern die „Kunst des Heilens“. Deshalb muß das, was denn nun Heilen meint, immer wieder neu und immer innerhalb des jeweiligen Kontextes nachvollzogen werden.

Ebenso kann sich während eines Krankheitsverlaufes das Verständnis dessen, was Heilen bedeutet, wandeln: Während heilendes Handeln etwa zu Beginn einer schweren Erkrankung auf die Behandlung zum Zweck der vollständigen Gesundung zielt, wird es möglicherweise zu einem späteren Zeitpunkt die Heilung des Patienten in einem umfassenderen Sinn im Blick haben, gerade auch dann, wenn er nicht mehr gesund wird. Dazu der folgende Krankheitsverlauf:

...etwas Schlimmes...

Es geht um eine junge Frau. Sie ist Ende 20, hat 2 Kinder und scheint glücklich und zufrieden. Ehe, Geschwister, Freundeskreis: alles in Ordnung, kurz: eine heile Welt, wie man so sagt.

Dann plötzlich: Müdigkeit, Schwäche und Unlust, Abgeschlagenheit, uncharakteristisches Krankheitsgefühl. Der Hausarzt findet einen kleinen Lymphknoten am Hals. Die Patientin kommt in die Ambulanz unseres Krankenhauses und sagt mit einer leisen Unsicherheit in der Stimme zu mir: "Es wird schon nichts Schlimmes sein." Die eingehende Untersuchung ergibt zu meinem Entsetzen die fast sichere Diagnose, daß es doch "etwas Schlimmes" ist.

Es folgt das erste Gespräch mit der Patientin, ihrem Mann und mir. Ich sage ihr nicht, welche akute Leukämieform sie hat, verschweige ihr auch die statistisch sehr ungünstige Prognose, spreche aber von einer schweren Bluterkrankung, die ohne eingreifende Maßnahmen nicht zu bremsen ist, und spüre, daß sie und auch ihr Mann die Tragweite der Erkrankung erfassen.

Der zweite Abschnitt im Krankheitsverlauf steht unter dem Zeichen der "Hochleistungsmedizin" mit allen nur denkbaren diagnostischen Schritten wie feingeweblichen Untersuchungen, Computertomographie, Katheteruntersuchungen, elektronenoptischen und biochemischen Tests. Wir bedienen uns der Spezialisten eines riesigen Klinikums, erleben und erleiden Medizintechnik in Vollendung mit definitiver Bestätigung der akuten Leukämie.

Nun das zweite ausführliche Gespräch. Wir sind "der Wahrheit" etwas näher und sind uns klar, daß wir die kleine aber mögliche Chance der Heilung nicht verschenken dürfen. Wir besprechen die brutale Strahlenbehandlung mit Übelkeit, Erbrechen und immer wieder Erbrechen, mit Schwäche, Abgeschlagenheit, Depression, Haarausfall, Appetitlosigkeit, Durchfall, Verzweiflung. Ich erläutere die zusätzliche Chemotherapie mit hochtoxischen Substanzen, mit "Heilmitteln", die so giftig sind, daß allein zu deren Zubereitung eine astronautenähnliche Schutzkleidung angezogen und ein besonderer Raum aufgesucht werden muß. Ein Horrortrip mit der harmlosen Bezeichnung "Cytostase".

Unsere Patientin willigt ein. Sie will leben. Sie will ihre Chance haben, das alles durchstehen, sie hat einen eisernen Willen. Und sie hat ein fast grenzenloses Zutrauen zu unserer "ärztlichen Kunst". Fast eine Heilserwartung und natürlich Hoffnung auf Heilung.

Die Patientin und ich erleben im dritten Abschnitt gemeinsam alle erdenklichen Phasen des Triumphes, wenn trotz des elenden Zustandes der Patientin die Befunde besser werden. Oder es kommen Momente des Schreckens, wenn statt der blühenden, fröhlich lachenden jungen Frau mit den braunen Locken den Arzt nun große, angstvolle, verzweifelte, fast anklagende Augen aus einem fahlen, eingefallenen Gesicht anschauen, kein einziges Haar mehr auf dem weißen Schädel.

Manches erlebt jeder für sich allein: Ich, der Arzt, die von Ohnmacht geprägte Phase der Unfähigkeit, wirklich helfen zu können; die Patientin die Zeit, das therapeutische Heil anderswo zu suchen, beim Gesundheitsbeter, beim Wunderheiler, beim Scharlatan, in Lourdes. Als sie zurückkehrt, werden unsere Gespräche vom Verlauf der Erkrankung diktiert, die uns nun an die Schwelle des Todes gebracht hat.

Die Themen umfassen jetzt keine Diagnostik mehr. Ohne daß ich es direkt anspreche, weiß die Patientin, daß unsere Therapie trotz aller damit verbundenen Opfer nicht in der erhofften Weise angeschlagen hat. Wir reden nicht mehr von einer Heilung der Erkrankung. Es geht jetzt nur noch um ein erträgliches letztes Stückchen im Leben meiner Patientin. Sie will noch nicht sterben, sie will leben: um Ordnung in die zurückbleibende Restfamilie zu bringen. Sie plant das Weiterleben ohne Frau und Mutter.

Mein Beitrag: das Gespräch, da zu sein, keine Medizin mehr außer einer erleichternden Schmerzbehandlung. Gelegentlich muß zur Entlastung etwas Wasser aus dem unmaßig aufgetriebenen Leib entnommen werden. Aber sonst: keine Medizintechnik, keine Apparate. Die Gewichte verlagern sich entscheidend, auch und besonders auf die Hausärztin, die Gemeindeschwester, die Angehörigen. Die Patientin will die letzten Tage in der vertrauten Umgebung ihres Hauses sein.

Der Bogen ist geschlagen vom Einsatz aller erforderlichen Mittel bis hin zum Begleiten beim Sterben, von der aufwändigen High-Tech-Medizin hin zum Küchenstuhl am Krankenbett, auf dem abwechselnd die Gemeindeschwester oder die Hausärztin sitzen, um die Hand unserer Patientin zu halten, bis zum Ende ihres Lebens.

III. Der begrenzte Raum des Heilens

1. Heilen ist nur selten möglich

„Medikamente können zwar vorübergehend einige der vorhandenen Symptome bessern, aber die zugrundeliegende Krankheit wird dadurch nicht geheilt.“

Heilen, im Sinne einer Behandlung mit dem Ergebnis der vollständigen Gesundung des Patienten ist in der heutigen Medizin, wie sie in der westlichen – der sogenannten „ersten“ – Welt praktiziert wird, nur selten möglich.

Diese These – so verblüffend sie auch auf den ersten Blick erscheint – erschließt sich bei genauerer Betrachtung schnell. Die Erklärung liegt darin, dass bei uns in der westlich-zivilisatorischen Welt nur zu einem geringen Anteil Akuterkrankungen, die allein überhaupt „heilbar“ sind, vorkommen. Dagegen sind die allermeisten Erkrankungen bei uns chronisch und damit definitiv nicht (mehr) zu beseitigen. Sie sind Folge der hohen Lebenserwartung und manifestieren sich beispielhaft als „Gefäßsklerose“ mit Symptomen wie Demenz („Alzheimer’sche Erkrankung“), Apoplexie, Herzinfarkt u.a. Sind chronische Krankheiten vorwiegend durch besondere Lebensumstände verursacht, werden sie meist als „Zivilisationskrankheiten“ bezeichnet.

Zur Klarstellung nochmals: Alle genannten Krankheiten sind in der Tat nahezu nie im Sinne einer „restitutio ad integrum“ heilbar. Folglich ist hierbei Heilen, definiert als Therapieren mit dem sicheren Endziel der vollständigen Beseitigung der Krankheit und der Wiederherstellung der Gesundheit in Deutschland, Mitteleuropa oder Amerika weder eine immer mögliche noch eine sehr häufig anwendbare Tätigkeit des Arztes.

Heilen, das sich nach der oben getroffenen Definition im Bereich der Behandlung bewegt, besetzt also in diesem engen Wortsinn innerhalb der Schulmedizin ein nur schmales Segment ärztlichen Handelns, und zwar völlig zu Recht.

Abschließend zu diesem Teilthema muß aber ergänzend an dieser Stelle noch eingefügt werden, daß diese Situation *nicht* zu ärztlichem Nihilismus führen darf, sondern daß der sich abzeichnende Paradigmenwechsel einer „Medizin nach Maß“ klare Vorgaben definiert: Diagnostik nur, wenn daraus therapeutische Konsequenzen folgen, und Therapie nur, wenn sie sich am Befinden des Patienten, nicht am Befund einer Untersuchung orientiert.

2. Die institutionalisierte Behandlung ist nur (relativ) selten nötig

„Die meisten Krankheiten sind keine Katastrophe und die Zeit selbst ist ein außerordentlich wirksamer Test dafür, ob eine gesundheitlich Störung weiterer Untersuchungen bedarf“

Die verblüffende Feststellung, dass Heilen im Sinne einer eingehenden ärztlichen Behandlung nur selten nötig ist, wird durch folgende Zahlen aus dem Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung (22) belegt: 90% aller Menschen haben innerhalb von sechs Monaten irgendwelche Beschwerden, die in wiederum 90% keiner professionellen medizinischen Hilfe bedürfen. Man wartet ab, befragt dann Familienmitglieder, den Nachbarn oder den Apotheker, versucht es mit sogenannten „Hausmitteln“ und geht schließlich zum Arzt. Die Hälfte dieser letzten verbleibenden 10% aller Menschen mit Beschwerden wiederum hat psychosomatische Leiden, die keinerlei aufwändiger Medizintechnik bedarf (obwohl sie dennoch gerade hier zum Nachteil der Patienten immer wieder eingesetzt wird). Der verbleibende Rest der Kranken leidet unter medizinischen Banalitäten, wie etwa einem Wespenstich, einer Halsentzündung, einer Obstipation oder anderem, die alle mit geringem Aufwand therapiert werden können. Nur ein einziger von den ursprünglich 100 „Kranken“ bedarf in der Tat des institutionalisierten Gesundheitsapparates und der intensiven sowie kompetenten Behandlung.

3. Eine umfassende ärztliche Behandlung wird nur selten praktiziert

„Der Patient wird zu einer Vielzahl von Spezialisten geschleppt und einer ganzen Skala von Prozeduren unterzogen, die fast überall als höchster wissenschaftlicher und moralischer Standard angesehen werden.“

Ein weiterer Grund für die nachgeordnete Bedeutung der Tätigkeit des Heilens im engeren Sinn in der Schulmedizin könnte darauf beruhen, dass das Diagnostizieren von krankhaften Veränderungen aus Gründen, die an anderer Stelle noch ausführlich zu diskutieren sind, für den Arzt, für den gesamten sozialmedizinischen Komplex und für den „medizin-technischen Apparat“ einen deutlich größeren Stellenwert hat als das Behandeln von Kranken. Das Gleiche scheint – zumindest zunächst – auch für den Patienten selbst zu gelten. Dies ist um so erstaunlicher, weil es ja in der Regel beim Arzt oder noch mehr im Krankenhaus um fundamentale, ja existentielle Fragen des Kranken geht, die – ausgesprochen oder nicht – während des diagnostikbetonten Geschehens kaum mehr vom Arzt zur Kenntnis genommen werden oder unbeantwortet bleiben. Allerdings entsteht dennoch früher oder später beim Patienten das Gefühl eines Defizits, besonders bei den Verläufen, die das den diagnostischen Verfahren implizit innewohnende Heilsversprechen nicht einlösen können.

Ohne hier detailliert auf die Folgen der zunehmenden Tendenz zur diagnostischen oder therapeutischen Spezialisierung in der Medizin einzugehen, soll hier lediglich auf das daraus resultierende Spannungsfeld hingewiesen werden. So ist es sicher in vielen Krankheitsfällen hilf- und erfolgreich, auf die Fachkompetenz des Experten zurückgreifen zu können. Das Ergebnis seiner „Behandlung“ ist allerdings nur dann wirklich hilfreich, wenn es richtig in den gesamten „Heilsplan“ für den Patienten integriert werden kann, beispielsweise durch den Hausarzt.

4. Apparative Technik kann Behandlung oder gar Heilung vortäuschen

„Die Technologie wurde vorrangig, und die Patienten rückten auf den zweiten Platz.“

Die Problematik, die sich aus der immer rascher fortschreitenden Technifizierung der Medizin und der daraus folgenden Entfremdung zwischen behandelndem Arzt und leidendem Patienten ergibt, ist wohlbekannt. Dennoch soll am Beispiel der Herzkatheterdiagnostik und des Infarktpatienten hier noch einmal verdeutlicht werden, dass nicht selten durch die zunehmende Medizintechnik ein tatsächliches Heilen im Sinn einer Behandlung mit dem Ziel der vollständigen Genesung lediglich fingiert wird, selbst und gerade dann, wenn „alles gut gegangen“, wenn der Patient wieder genesen ist und wenn er sich „geheilt“ fühlt.

Eine kurze Vorabinformation noch: Im Jahr 2004 wurden in Deutschland etwas mehr als 0,6 Millionen Herzkatheteruntersuchungen durchgeführt, keineswegs alle waren zwingend erforderlich. Neben der schier unerschöpflichen Anzahl dieser Eingriffe zeigte sich überraschenderweise auch eine direkte Abhängigkeit der Häufigkeit dieser invasiven, also durchaus eingreifenden Untersuchung vom Wohnort des Patienten: Für einen Patienten aus Bremen ist die Wahrscheinlichkeit zur Herzkatheteruntersuchung rund viermal größer als für Patienten aus Brandenburg. Noch deutlicher waren die Unterschiede bei der sogenannten Dilatationstechnik, dem Aufdehnen von Herzkranzgefäßen: Dieser Eingriff fand bei den Patienten in Nordrhein-Westfalen fünfzehnmal häufiger statt als bei denen in Bremen. Eine medizinisch nicht erklärbare Beliebigkeit der Indikationsstellung! Oder aus anderem Blickwinkel: ein Behandlungsmuster, das weitgehend vom Anbieter beeinflusst wird, nicht von den Notwendigkeiten oder Bedürfnissen der Patienten (13). Ein weiterer Krankheitsverlauf mag dies verdeutlichen.

...der Infarktpatient...

Er bricht aus vollem Wohlbefinden während der aufreibenden Managertätigkeit ganz akut in seinem Besprechungszimmer mit stärksten Brustschmerzen und Atemnot zusammen. Der sofort herbei geeilte Notarzt diagnostiziert einen Herzinfarkt und veranlaßt den raschen Transport in die Klinik, die mit Sondersignal und Blaulicht nach wenigen Minuten erreicht wird. Hier wird der Patient, der unterdessen keine Schmerzen mehr hat, wenig später katheterisiert, angiographiert, dilatiert, also an einer verengten Stelle der Herzkranzgefäße aufgedehnt, und – ein derzeit häufig angewendetes Verfahren – mit einem Kunststoffröhrchen in den Herzkranzgefäßen versorgt, also „gestentet“. Nach wenigen Tagen, höchstens Wochen, meldet der Patient sich „rehabilitiert“ wieder an seinem Arbeitsplatz zur Stelle „als wäre nichts geschehen“ ...

Dieses Beispiel zeigt eine Verschleierung der existentiellen Bedrohung des Menschen durch seine Krankheit, die noch vor wenigen Jahrzehnten häufig tödlich verlief. Keine Frage: es gibt gewaltige Fortschritte bei den medizinischen Möglichkeiten in Diagnostik und Therapie, die niemand bestreiten möchte. Deren gezielter Einsatz für den Patienten ist ebenso wie deren Beherrschung durch den Arzt unabdingbar. Dennoch bleibt es bei der ernüchternden Feststellung, dass in diesen vielen Fällen wie in unserem Beispiel eben nie eine echte Heilung erreicht wird, obwohl der Patient sich subjektiv als „geheilt“ betrachten mag. In Wahrheit wird durch die Herzkathetertherapie allenfalls die bedrohliche Symptomatik durch die verengte Stelle des Blutgefäßes am Herzen beseitigt, nicht aber die zugrundeliegende sklerotische Herzgefäßerkrankung.

5. Behandeln und Heilen hatte und hat kaum noch Raum

„Ein Paradoxon meines Lebens und seine ganze Ironie ist, dass meine Forschungsarbeiten genau den Dingen Vorschub geleistet haben, die ich zutiefst missbillige.“

Die These, dass das tatsächliche Heilen heute nur noch einen sehr begrenzten Raum einnimmt, trifft – wie gezeigt – auf das gegenwärtige medizinische Handeln in den westlichen Industrienationen zu. Wenn sich der Blick weitert, wird man jedoch schnell feststellen, dass dies nicht immer so war und nicht überall so ist.

Am Ende des 19. Jahrhunderts machte es die konsequente Nutzung der damaligen aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnisse – etwa die Bedeutung der Hygiene, die Einsichten über Infektionskrankheiten oder die Entwicklung der Impfung betreffend – möglich, dass tödliche Seuchen eingedämmt und Menschen von Infektionskrankheiten geheilt wurden. In der Regel führte die Behandlung von Infektionskrankheiten zu einer völligen Wiederherstellung der Gesundheit, zu einer „restitutio ad integrum“ beim Einzelnen und damit zu einer direkt meßbaren Verlängerung der allgemeinen Lebenserwartung aller Menschen.

Die Medizin der sogenannten „Dritten Welt“ ist – auch und gerade unter dem Aspekt der Bedeutung, die das Behandeln in der medizinischen Tätigkeit hat – eine völlig andere als die Medizin der industrialisierten Welt. Die Gegensätzlichkeit beider Systeme könnte trotz ihrer jeweiligen Inhomogenität nicht größer sein. Wird hier bei vorwiegend älteren Menschen mit großem Aufwand bei meist unheilbaren Krankheiten vor allem diagnostiziert, sterben dort unvorstellbar viele Patienten – vor allem Kinder – an, abgesehen von HIV, prinzipiell und mit wenig Aufwand heilbaren Infektionen, weil den Gesundheitssystemen zu wenig Mittel zur Verfügung stehen. Hier wären also noch weite Räume für das Behandeln und Heilen, die aber weitgehend verschlossen sind durch die Unzulänglichkeiten der Systeme und der Menschen.

Nach der Feststellung, dass „Heilung“ innerhalb des medizinischen Handelns in der westlichen Länder kaum noch Raum einnimmt, muss mit dem Blick auf die Situation in der „Dritten Welt“ die Frage nach den Prioritäten gestellt werden. Derzeit ist es nämlich so, dass etwa 90% der gesamten Mittel aus der medizinischen Forschung ausschließlich für die Krankheiten verwendet werden, an denen nur 10% aller Menschen leiden, nämlich den Zivilisationskrankheiten. Und die sind bekanntermaßen meist verhaltensbedingt und lediglich symptomatisch zu behandeln, aber nicht vollständig heilbar (17). Hinsichtlich des therapeutischen Aufwandes ist die Asymmetrie noch ausgeprägter.

IV. Wie Behandeln das Heilen verdrängt

„Bei den Patienten verstärkt die wissenschaftliche Revolution die Erwartung, dass jede wie auch immer geartete Krankheit sofort behandelt werden könne.“

Obwohl das Heilen im Sinn einer Behandlung bis zur vollständigen Genesung im westlichen Gesundheitssystem tatsächlich auf einen sehr kleinen Bereich ärztliche Tätigkeit beschränkt ist, verdrängt die Behandlung im Umgang mit dem Patienten immer noch und immer wieder selbst diesen kleinen Bereich seiner Heilung.

1. Flucht in die Technik

„Der kindliche Glaube an die Magie der Technologie ist ein Grund, weshalb die Öffentlichkeit unmenschliches ärztliches Verhalten toleriert.“

Die Medizin unserer Tage ist ohne Technik nicht denkbar. Apparativ-technische Eingriffe am Anfang und am Ende des Lebens oder auch in besonders kritischen Lebenssituationen üben eine große Faszination aus und werden von den allerwenigsten grundsätzlich und in ihrer Gänze in Frage gestellt, selbst wenn sie neben begeisterter Zustimmung auch nachdenkliche Zurückhaltung bis hin zu emotionsgeladener Ablehnung wecken. Zudem ist die Medizintechnik niemals etwas Statisches, sondern sie entwickelt sich und ist daher richtiger als ein Prozeß zu beschreiben (10). Folglich gilt, dass „der heroische Eingriff von gestern zur Routinemethode von heute werden kann und die diagnostisch-therapeutische Gewissheit von heute zum Irrtum von morgen“ (5). Medizintechnische Verfahren müssen daher immer wieder und immer neu auf ihre Bedeutung und ihre Anwendungsmöglichkeiten beziehungsweise deren Grenzen hin reflektiert werden. Die von Bernard Lown inaugurierte Defibrillationstherapie bei tödlichen Herzrhythmusstörungen ist das klassische Beispiel für einen solchen Wertewandel.

Von einer Flucht vor der Technik kann und soll also hier nicht die Rede sein. Dagegen liegt der Verdacht nahe, dass es statt eines sinnvollen Einsatzes von apparativer Technik immer wieder zu einer Flucht in die Technik kommt.

Einige Beispiele dazu: Kritische Überlegungen zur zahlenmäßigen Explosion sogenannter "bildgebender diagnostischer Verfahren", also dem CT, dem Kernspin, dem Farbdoppler, der Knochendichtemessung und anderen führen zu dem Ergebnis, dass sie in der Hälfte aller Fälle absolut unnützlich sind und in weiteren 30% zwar einen Wissenszuwachs bringen, ohne aber zu therapeutischen Konsequenzen zu führen. Am Ende münden derartige Untersuchungen nur in zwei oder drei von 100 Fällen in eine wirkliche Verbesserung der Lebensqualität des betreffenden Patienten. Dass derartige Verfahren trotz ihrer im Einzelfall geringen Aussagekraft und Relevanz so häufig angewandt werden, hat Gründe. Neben dem ökonomischen Gewinn für Hersteller und Leistungsbringer vermitteln sie eine vermeintliche Absolutheit, die einen Zweifel, etwa an der Aussage eines CT-Befundes, unmöglich machen. Bildgebende Verfahren versprechen damit vordergründig eine Sicherheit, zu der der Patient – und womöglich auch der Arzt – Zuflucht nehmen kann. Deutlicher noch wird die Tendenz zur Flucht in die Technik bei vielen therapeutischen medizintechnischen Maßnahmen, vor allem in Krisensituationen. Die Sprachlosigkeit der Ärzte – und auch der Patienten und deren Angehörigen – spiegelt sich nicht selten gegengleich in immer aufwendigeren medizintechnischen Maßnahmen, wie das folgende Beispiel dazu zeigt.

...die sprachlosen Medizintechniker....

Ein angesehenes Anwalt fragte bei mir an, ob ich als Gutachter gegen ein wohlbekanntes, großes Klinikum in der Nähe tätig werden wolle. Es ginge um einen älteren Patienten, dessen Ehefrau er anwaltlich vertrete. Der Ehemann habe sich in der Chirurgie dort einer komplizierten Gefäßoperation unterzogen, wobei er während des Eingriffes einen ausgedehnten Schlaganfall erlitten hat. Statt als „geheilt entlassen“ zu werden, sei er nun mit einer Halbseitenlähmung und im Zustand einer schwersten geistigen Behinderung mit völligem Persönlichkeitsverlust in ein Pflegeheim verlegt worden. Die Ehefrau wolle jetzt juristisch gegen die Ärzte vorgehen. Ich habe meinen Entschluß, hierbei tätig zu werden, von einem Gespräch mit der Ehefrau des Patienten abhängig gemacht. Sehr bald erhielt ich ihren Rückruf und dadurch zwei ganz entscheidende Informationen. Die erste: Es handelte sich offensichtlich um eine bedrohliche und komplexe Gefäßerkrankung, die mit deutlichem Risiko aber dennoch dringlich operiert werden sollte. Und die fast wichtigere zweite: Die dortigen Ärzte hatten mit dieser Frau kaum ein Wort gesprochen, nicht vor und schon gar nicht nach der komplikationsbeladenen Operation! Unser Telefonat, in dem ich ihr lediglich die möglichen Zusammenhänge zwischen einem aufwendigen chirurgischen Eingriff und seltenen, aber eben doch vorhandenen Komplikationen zu erklären versuchte, dauerte kaum fünfzehn Minuten. Ohne dass ich in irgend einer Weise auf ihre weiteren Entscheidungen Einfluß genommen hätte, erklärte jene Frau dann, dass für sie diese Unterhaltung – wohl gemerkt: am Telefon, nur kurz, mit einem Fremden, ohne jede Detailkenntnis meinerseits – das erste „richtige“ Gespräch gewesen sei, und dass sie jetzt „von einer Last befreit und von einer quälenden Sorge geheilt“ sei und nun auf die im Zorn, in der Verzweiflung und Ratlosigkeit angestrebten juristischen Schritte verzichten wolle.

Dieses bedrückende Beispiel für die so unnötigen Versäumnisse der behandelnden Ärzte ist eine neuerliche Bestätigung dafür, dass jede Anwendung von Medizintechnik nur durch das begleitende Gespräch mit dem Arzt – und nicht als Flucht vor dessen wachsender Sprachlosigkeit – als Heilmittel eingesetzt werden darf.

2. Übertherapie

„Noch mehr Körperbehinderungen und Todesfälle resultieren aus der exzessiven Verschreibung von Medikamenten, der sogenannten Vielfachverordnung und aus den medikamentös bedingten Interaktionen.“

Wer kennt sie nicht, die Medikamentenverordnungen, die um so länger werden je älter die Patienten und je jünger und unerfahrener die verordnenden Ärzte sind. Wer hat sie nicht schon erlebt, die therapeutische Hyperaktivität, die sich bei vermeintlichen oder erfundenen Erkrankungen nahezu zwanghaft entwickelt (1), oder die in vielen Fällen heillose „Ernährungstherapie“ am Lebensende, die mit dem Begriff der Ernährungssonde „PEG“ verbunden ist. Nachdrücklicher als alles andere mag erneut ein

Patientenschicksal auf unser Problem hinweisen, das Dahl treffend als einen „Rausch des Weitermachens und ein Weitermachen im Rausch“ beschreibt (2):

...ein ganz normaler Verlauf...

Die etwa 70-jährige Frau lag mehrere Wochen bei uns im Krankenhaus. Ich kannte sie von früher als eine äußerst rüstige, gebildete, auch sozial engagierte, sehr sympathische, ältere Dame. Dann erlitt sie plötzlich einen cerebralen Insult, einen schweren Schlaganfall. Sie war gelähmt, aphasisch, also sprachlos, und schwerst hirnganisch verändert - insgesamt also in ihrer Persönlichkeit zerstört.

Eine Besserung der akuten Schädigung oder Anzeichen einer Rehabilitation waren trotz intensiver Bemühungen und trotz wochenlanger, stationärer Behandlung mit liebevoller Pflege durch die Schwestern nicht eingetreten.. Ja, der Zustand verschlechterte sich. Ein Ende dieses Lebens schien nicht mehr so fern. Therapeutisch war nicht mehr all zu viel zu tun. Wir mussten die Patientin zur weiteren Betreuung in ein Pflegeheim verlegen. Dabei hatten wir bei einer gynäkologischen Blutung - und damit dem Verdacht auf ein Carcinom im Genitalbereich - bewusst auf die weitere diagnostische Abklärung bei dieser auf den Tod kranken Frau verzichtet. Sie gab im übrigen keinerlei Schmerzäußerungen oder Mißempfindungen an, sie befand sich in einem komatösen Zustand.

Dennoch wurde sie, von dem Pflegeheim aus, in einer gynäkologischen Klinik aufgenommen.

Was dann noch kam, ist rasch erzählt: Eine eingehende nochmalige apparative, internistische präoperative Untersuchung und die ausführliche neurologische Diagnostik mit CT und Kernspin - zum Ausschluss eines bösartigen Hirntumors bei gesichertem Schlaganfall - folgten, und schließlich die große gynäkologische Operation.

Der abschließende Arztbrief, den ich irgendwann später auf meinem Schreibtisch vorfand, beschreibt den „Kampf um das Leben“ der Patientin, mit In- und Transfusionen, mit maschineller Beatmung, sowie schließlich den vergeblichen Reanimationsmaßnahmen, als sich der geschundene Körper dieser Frau endlich dem Terror der Heiler und Helfer zu entziehen versuchte, um "in Frieden" zu sterben.

Es sei an dieser Stelle angemerkt, dass bei dem ungebremsen Therapieverlauf dieser Patientin, neben dem von Dahl beschriebenen „Rausch des Weitermachens“ möglicherweise von nicht unerheblicher Bedeutung ist, dass sie privatversichert war, was den behandelnden Ärzten laut Gebührenordnung bei allen Maßnahmen das 2,3- bis 4-fache der normalen Beträge garantierte.

Aber auch andere als ökonomische Interessen spielen bei der Übertherapie – in diesem Fall am Ende des Lebens – eine Rolle. Dies zeigt der Blick auf den schmalen Grat zwischen Heilung und quälender Behandlung, der sich mit dem Begriff der künstlichen Ernährung durch die PEG verbindet.

„PEG“ ist die Kurzform für eine durch die Bauchhaut eingeführte Magensonde zur Flüssigkeitsgabe oder zur Sondenernährung - meist auf Dauer. Diese Sonde ist in der Regel sehr einfach zu legen und beruhigt vor allem Pflegende und Angehörige, da der Patient sichtbar weder verhungern noch verdursten kann. Allerdings: Diese Patienten haben – vor der Ernährung über die PEG-Sonde – nahezu nie das Bedürfnis zu essen und klagen kaum jemals über ein Durstgefühl. So zeigen auch die Erfahrungen auf Palliativstationen, dass in der letzten Lebensphase nur sehr wenig Flüssigkeit nötig ist, und dass – im Gegenteil – die der Flüssigkeitszufuhr nachfolgenden Veränderungen im Salzhaushalt eher die Schmerzschwelle anheben. Das heißt: Ohne PEG werden Schmerzen vielleicht weniger stark empfunden, das „Austrocknen“ von Ödemen – bei Tumoren – könnte Druckerscheinungen mildern, die verminderte Urinausscheidung wird durchaus als positiv von dem Patienten empfunden, bei abnehmendem Magensekret besteht vielleicht weniger Brechreiz, die Produktion des Bronchialschleims nimmt wahrscheinlich ab, damit entfällt das lästige Absaugen, und nicht zuletzt entsteht durch den veränderten Stoffwechselhaushalt möglicherweise eine gewisse Euphorie.

Nach diesen Einsichten muss die Frage gestellt werden, wem die Ernährung mittels der PEG-Sonde dient: Nützt sie dem Patienten, der durch hochkalorische Nährlösung am Leben erhalten wird? Oder „hilft“ die Sonde den Angehörigen, die so ihrer Sorge, der Patient könnte verhungern oder verdursten, entzogen sind? Oder ist sie besonders für das Pflegepersonal hilfreich, da nun die zeitintensive – und nicht selten emotional anstrengende – Aufgabe der Ernährung des Patienten entfallen kann?

Die PEG kann somit bei vorschneller oder unüberlegter Platzierung ein ganz typisches Beispiel dafür sein, dass es die Vielzahl der zur Verfügung stehenden diagnostischen und therapeutischen Möglichkeiten

zunehmend schwer macht zu erkennen, dass auch ein Verzicht eine sinnvolle ärztliche Entscheidung sein kann und selbst in verzweifelten Krankheitsfällen heilsamer sein mag als alles andere (3).

3. Irrweg Privatisierung

„Wunsch nach Profit schließt wahres Arztum aus; in einer marktorientierten Medizin weicht die Vorrangstellung des Patienten zugunsten der perversen Einflussnahme von Investoren, Bürokraten, Versicherungsgesellschaften und Arbeitgebern: die Patienten werden zu standardisierten Objekten degradiert“

Zunächst: Gesundheit ist ein öffentliches Anliegen, die medizinische Grundversorgung folglich eines der bedeutendsten elementaren Aufgaben des Staates. „Jede Kommune hat daher bis heute als ihre wichtigste Aufgabe die Daseinsfürsorge für alle Bürger wahrzunehmen“ (18). Soziale Einrichtungen orientieren sich demnach im marktfreien – nicht: wettbewerbsfreien – Raum, in dem sie vor dem direkten Zugriff durch die Wirtschaft geschützt werden müssen.

Die beginnende Aufweichung jener schutzwürdigen Zone dokumentiert sich jedoch bereits durch die längst geschehene Einführung von Begriffen wie etwa „Effizienz“, „Ökonomisierung“ und „Kompetenz“ in den Medizinalltag. Zunehmend gewinnen so die Gesetze der Marktwirtschaft die Oberhand über die staatlich institutionalisierten Gesundheitssysteme, denn der Patientenumsatz muss optimiert und der Gewinn gesteigert werden. Dazu sind in der Praxis alle Mittel recht, beispielsweise die Erfindung neuer Krankheiten, die vermarktet werden. Die von Blech (1) aufgeführten Beispiele sind erschreckend: „Schlafapnoe“ mit Schaffung eines flächendeckenden Netzes von apparativ bestens ausgestatteten Schlaflabors, alle Arten der „Umweltkrankheiten“ mit endlosen Laboruntersuchungen, die „Neu“entdeckung der Kalksalzarmut des alternden Skelettsystems mit imperativer „Osteodensitometrie“ – weitere Beispiele ließen sich nennen.

Besonders typisch für die zunehmende Ökonomisierung ist auch die ungebremte Leistungsausweitung wie etwa die medizinisch weitgehend sinnlosen sogenannten „IGeL-Leistungen“ (individuelle Gesundheitsleistungen) oder die telemetrische Vernetzung diagnostischer Apparate, die – nebenbei – den erstuntersuchenden Arzt durch eine patientenlose, bildgebende Ferndiagnostik scheinbar überflüssig machen.

Alle jene ausschließlich profitorientierten Entwicklungen werden Patienten, Ärzten und der interessierten Öffentlichkeit sehr geschickt und vordergründig ethisch legitimiert nahegebracht.

Schleichend hat sich mit dieser Entwicklung aber schon längst eine Zweiklassenmedizin etabliert, deren „Arbeitsteilung“ folgendermaßen aussieht: Die Solidargemeinschaft hat sich altruistisch lediglich auf die – nicht lukrativen – Notfallpatienten und die chronisch Kranken zu konzentrieren, während für die wenigen aber großen Klinikkonzerne die höchst gewinnträchtigen „Lebensqualität-Patienten“ reserviert bleiben und das, was man treffend mit dem neueren Begriff der „Schnäppchenmedizin“ bezeichnet hat (19). Eine beispiellos asymmetrische Verteilung von Lasten – für die Solidargemeinschaft – und Gewinnen – für die Aktionäre – ist die Folge.

Bei dieser bewusst gestalteten oder unbewusst in Kauf genommenen Umbildung des Gesundheitssystems ist es nicht verwunderlich, dass vom Leiden der Kranken und deren Heilung bei den Protagonisten der privaten Klinikkonzerne nie die Rede ist; als gewinnorientierte Betriebe sind diese allein an der apparativen Diagnostik und gegebenenfalls der aufwändigen, gewinnbringenden Behandlung, aber nicht unbedingt an der Heilung des Patienten interessiert.

Übrigens ist die Situation in der Arztpraxis prinzipiell vergleichbar: Der Arzt hat Leistungen für seinen Patienten zu erbringen, die von den wenig lukrativen Gesprächsleistungen bis hin etwa zu aufwändigen technisch-apparativen „bildgebenden Verfahren“ reichen. Die Art und Häufigkeit der Methoden bestimmt der Arzt, der damit in gewissen Grenzen selbst sein Einkommen festlegen kann (7). Natürlich gibt es hierbei Regelungen, Kontrollsysteme und Überprüfungen, um Missbrauch rechtzeitig zu erkennen und abzustellen. Andererseits gibt es aber auch Computerprogramme und Lehrgänge, welche die ökonomische Situation des Arztes optimieren sollen (12), wie etwa Anleitungen zu den bereits erwähnten sogenannten IgeL-, „Anti-Aging-“ oder einer Vielzahl anderer Programme. Diese Angebote haben nur einen einzigen Sinn, nämlich den, das Einkommen des Arztes zu erhöhen. Die Heilung des Patienten kommt als Inhalt dieser ärztlichen Leistung nicht länger vor!

4. Heilserwartung Früherkennung und Prävention

„Je mehr Tests durchgeführt werden, um so mehr irrtümliche Informationen werden an Land gezogen“

Früherkennung ist der aufwändige Versuch, den Todeszeitpunkt hinauszuschieben, wobei der definitive Beweis für die Wirksamkeit, Sicherheit und Wirtschaftlichkeit von Früherkennungsmaßnahmen noch aussteht (24).

Diese These mag erschrecken, stellt aber nur das deutlich vor Augen, was zunehmend an Plausibilität gewinnt: Die Früherkennung scheint keineswegs so wirksam wie erhofft, so sicher und unschädlich wie behauptet, und schon gar nicht so kostensparend, wie propagiert. Damit wird ein weiteres Mal, jetzt eben auch auf dem Gebiet der Vorsorge, die Erfahrung bestätigt, dass die medizinische Versorgung noch nie so teuer und dabei so ineffektiv war wie heute und dass das Missverhältnis zwischen der Erwartung des Kranken und der Erfüllung seiner Hoffnungen kaum größer sein könnte.

So ist etwa inzwischen sicher, dass es bei Vorsorgeprogrammen wesentlich häufiger Fehlarbeit bei Gesunden gibt als tatsächlich krankhafte Befunde bei Befallenen und dass ein beruhigender Befund bei der Krebs-Vorsorge manchmal, ein verdächtiger Befund dagegen meist falsch ist. Darüber hinaus hat die Früherkennung für die meisten Tumorarten kaum therapeutischen Nutzen. Schließlich: In den sogenannten Zivilisationsländern – und nur dort leistet man sich den Luxus der präventiven Medizin – sterben mit oder ohne Früherkennung drei viertel aller Menschen, wie bereits gezeigt, an Krebs oder Gefäßerkrankungen, und zwar nach einer mehr oder minder schweren, durchschnittlich achtjährigen Behinderung oder Leidenszeit (23).

Alle Präventivmaßnahmen ändern also nichts daran, dass Medizin auch heute noch meist nur ein Hinauszögern des Sterbens bewirken kann, aber nur sehr selten eine vollkommene Wiederherstellung der Gesundheit (9).

Es ist hier nicht der Platz, auf die – trotz der dargelegten Fragwürdigkeit solcher Verfahren – unüberschaubare Zahl von Empfehlungen zur Prävention einzugehen. Eine Untersuchung allerdings, die von Schirmacher (21) zitiert wird, ist dennoch erwähnenswert. Dort wird anhand einer Langzeitstudie von amerikanischen Forschern gezeigt, dass ein als erfüllt angesehenes Leben und ein positives Selbstbild eine Lebensverlängerung von mehreren Jahren bewirken, und zwar unabhängig von den Auswirkungen vieler anderer Faktoren wie etwa einer Hypertonie oder hoher Cholesterinwerte.

Dies zeigt auf spektakuläre Weise, dass jede allein an Labor- oder Blutdruckwerten orientierte Präventionsempfehlungen trotz ihres immensen Aufwandes weitgehend sinn- und erfolglos bleiben muss.

V. Die wiederzuentdeckende Kunst der Heilung

„Unser Gesundheitssystem droht zusammenzubrechen, wenn der ärztliche Berufsstand sein Augenmerk vom Heilen weg bewegt, das damit beginnt, dem Patienten zuzuhören“

Der Diagnostiker Bernard Lown hat deutlich wie nur wenige andere ausgesprochen, welchen Gefahren das Gesundheitssystem und damit vor allem und in erster Linie die Patienten ausgesetzt sind, wenn sich nicht alle am Prozess des Heilens Beteiligten auf das zurück besinnen, was Heilung im umfassenden Sinn meint.

Nach der auf den vorangegangenen Seiten nachvollzogenen kritischen und besorgten Analyse („Anamnese“) des kranken Gesundheitssystems(11) zeigt uns der Arzt Bernard Lown nun – wie könnte es anders sein – natürlich auch Wege aus dem Dilemma, um wieder zum Wesentlichen unseres ärztlichen Auftrages zurück zu finden, nämlich der fürsorglichen Betreuung unserer Patienten, dem Heilen im weitesten Sinne.

Zu unserer Verwunderung stellen wir fest, daß es sich bei diesen Therapieansätzen um eine Liste höchst bescheidener, fast „altmodischer“ und einfach durchführbarer Methoden und Prinzipien handelt, die ohne jeden technischen Aufwand und nahezu kostenfrei zu erbringen sind.

Allerdings sind hierzu auch solche beinahe vergessene ärztliche Tugenden neu zu erlernen wie etwa die sorgfältige Erhebung der Krankengeschichte. Wir wollen in diesem letzten Abschnitt unserer Überlegungen in aller Kürze die verschiedenen möglichen Therapieansätze zur Wiedereinführung der Kunst des Heilens in die Medizin von heute auflisten.

1. Die Fundamente des Heilens: Ausbildung, Fachkompetenz, ärztliche Erfahrung

„Wissenschaft und Medizin ergänzen sich und sind unabdingbar für die Kunst des ärztlichen Handelns. Dabei ist die Fürsorge für einen Patienten ohne Wissenschaft zwar gut gemeinte Freundlichkeit, nicht aber gute Medizin.“

Kein Zweifel, eine umfassende fachliche Ausbildung ist die unabdingbare fachlich-medizinische (auch rechtliche) Voraussetzung, um als Arzt tätig werden zu können. Man muß sein Handwerkszeug, und das sind nun einmal die durchaus exakten, naturwissenschaftlichen Grundlagen der Humanmedizin, beherrschen.. Während seines ganzen beruflichen Lebens ist der Arzt dann immer wieder mit neuen Techniken, Methoden, Medikamenten oder Therapieverfahren konfrontiert. Bei deren kritischer Beurteilung und ggf. Eingliederung in das tägliche ärztliche Handwerksarsenal sind große Erfahrung und gelassene Nüchternheit ebenso wichtig wie das Wissen um unsere insgesamt doch eher begrenzten Möglichkeiten (s.u.).

2. Voraussetzung des Heilens: Zuhören, Reden, Partnerschaft mit dem Patienten

„Um erfolgreich heilen zu können, muß der Arzt vor allen Dingen zum Zuhören erzogen werden“

Man kann nicht oft und nachdrücklich genug wiederholen, daß allein das Aufnahmegespräch mit dem Patienten in etwa zwei Drittel aller Fälle bereits zur korrekten Krankheitsdiagnose führt. Warum wird diese wichtige Informationsquelle so sträflich vernachlässigt? Weil sie (nur auf den ersten Blick!) etwas zeitaufwändig ist? Weil sie emotionale Anforderungen und menschliches Engagement vom ärztlichen Zuhörer erfordert? Weil sie inadäquat vergütet wird? Oder weil sie nicht mehr gelehrt wird?

Das Resultat dieses Umgangs mit dem Patienten findet schließlich seinen Abschluß im Arztbrief eine Klinik, die den Patienten durch eine Vielzahl von Diagnosen definiert, kaum die Vorgeschichte erwähnt, viele Seiten technischer Befunde mitteilt, eine Liste von Medikamenten vorschreibt, vielleicht eine Wiedervorstellung empfiehlt und kein Wort über den Kranken selbst verliert!

Mit dem Verzicht auf eine persönliche Anamneseerhebung bei seinem Patienten verliert der Arzt gleichzeitig eine unwiederbringliche Chance, sich Vertrauen zu erwerben. Zudem vergibt er die Möglichkeit, das klinische Problem der meist organbezogenen Beschwerden nun der Ganzheit des kranken Individuums zuzuordnen.

Es hat für mich beinahe ergreifende Züge, wenn gerade Bernard Lown formuliert „je älter ich werde, um so mehr Zeit lasse ich mir mit meinen Urteilen: je weniger ich mich beeile, um so älter werden meine Patienten“. Begründung: „ich lasse mich weniger rasch von den letzten Moden oder technischen Zaubereien faszinieren“. Es wäre schon viel erreicht, wenn wir ein wenig von dieser tiefen ärztlichen Weisheit in unser tägliches Handeln integrieren würden.

3. die „Ökonomie des Heilens“: Rationalisieren ohne Rationieren

„Zu einer korrekten Diagnose sind nur in 5% all die teuren Prozeduren nötig“

Die vielschichtigen Ursachen der Kostenentwicklung innerhalb des Gesundheitssystemes außer Betracht lassend konzentrieren wir uns hier lediglich auf einige wenige Ansatzpunkte, wie eine Besserung zu erreichen wäre.

Könnten nicht primär ökonomische Aspekte von der Behandlung Kranker abgekoppelt werden? Warum wird bei privat Versicherten durchschnittlich 30% mehr „gemacht“ als bei allen anderen Patienten? Warum soll die unbedingte Vorrangstellung des Patienten im Krankenhaus der perversen Einflußnahme (15) privater Klinikinvestoren weichen?

Selbst wenn der einzelne Arzt kaum Einfluß auf derartig grundlegende Änderungen hat, könnte er sich beispielsweise bei jedem aufwändigen diagnostischen Eingriff fragen, ob er denn für seinen Patienten

sinnvolle Konsequenzen nach sich zieht, oder auch, ob der Arzt selbst in der Rolle eines Patienten sich der gleichen Prozedur unterziehen würde.

Und bei der Auswahl therapeutischer Prozeduren würde die vergleichbar kritische und selbstkritische Prüfung ganz sicher zu einer drastischen Reduzierung eingreifender Behandlung führen!

Damit wäre man dem Ziel einer patientengerechten und bezahlbaren Medizin schon ein gutes Stück näher gekommen, und zwar ohne eine einzige Rationierungsmaßnahme, die ohnedies nicht zu nennenswerten Spareffekten führt und zudem unethisch ist (13). Es geht eben nicht um immer aufwändigere Verfahren für immer weniger Menschen, sondern um einen maßvollen und patientengerechten Einsatz der Möglichkeiten.

Bei dem praktisch tätigen Arzt Leiß (14) schließlich klingt diese Problematik ganz ähnlich. Er beklagt den „Handlungszwang“, unter dem er stehe und er ärgert sich über die kurzlebigen „therapeutischen Moden“. Man erinnere sich an die wie Sumpflüen überall aufgeschossenen Gerätschaften, Programme und nahezu verpflichtenden Aufforderungen zur „Knochendichtemessung“, die zu nichts geführt haben außer zu einer Erhöhung des Umsatzes der Arztpraxen und Gerätehersteller und die dann wieder wie ein Spuk verschwunden sind, als sie nicht mehr ohne weiteres über die Krankenkassen abzurechnen waren. Als Ausweg aus diesem Dilemma wird empfohlen (14), sich bewußt von der Idee des um jeden Preis heilen Müssens zu verabschieden und den Verzicht auf „therapeutische Grandiosität“. Statt dessen werden die Tugenden der „alten Landärzte“ wieder so wichtig, wie sie dies schon immer waren, nämlich die Sorge um den Patienten mit Zuhören, Trösten und Anteilnehmen. Die Richtung zum Wiedererlernen des Heilens ist vorgegeben, sie führt über eine neue Bescheidenheit, die aus der Erfahrung kommende Gelassenheit sowie die Souveränität zu hilfreichem Abwarten, so der Allgemeinmediziner.

4. Die Grenzen der Heiler und des Heilens

„Die meisten Menschen verlangen ja gar nicht so viel...“

Aus Sicht eines Patienten klingt das dann so: Ich brauche nicht den „besten Spezialisten“, den „bekanntesten Wissenschaftler“, den „berühmtesten Professor“ zu meiner Behandlung, sondern den Arzt, der sich für mich interessiert, dem ich mich anvertrauen kann in der Gewißheit, daß er sich um mich bemüht, wahrhaftig ist und für mich Zeit hat. Dann kann es geschehen, daß bei diesem Arzt selbst ein schwer kranker und leidender Patient „heil“ ist, ohne immer im engeren Sinne medizinisch „geheilt“ zu sein. Zur „Wiederentdeckung des Heilens“ ist eben nicht grundsätzlich das gesamte Arsenal modernste High-Tech-Medizin notwendig, sondern sehr oft Zuhören, Reden, Dasein.

In genau diesem Sinne ersetzt der Philosoph Otfried Höffe das Fragezeichen im Titel seines ausführlichen Exkurses über „Medizin ohne Ethik?“ (8) am Ende seiner Betrachtungen durch das Ausrufezeichen der Empfehlung, die bisher anerkannte Definition des medizinischen Ethos doch um die Begriffe Besonnenheit und Maß zu ergänzen. Dies ist nahezu deckungsgleich mit der Lown'schen Warnung vor der „beliebig verfügbaren Technologie auf Zuruf“, die ein Krankenhaus zu einem „gefährlichen Platz für kranke Menschen“ macht. Weiter formuliert er im Sinne der Verhältnismäßigkeit und des rechten Einsatzes der vielen uns verfügbaren Mittel und fasst zusammen, dass „nur wenige Heilmittel mächtiger sind als das sorgsam gewählte Wort“.

Der Tod eines Patienten ist kein Mißerfolg, er gehört als letzter wichtiger Bestandteil zum Leben eines jeden Menschen. Der Übergang vom Heilen und Behandeln zum Pflegen und Begleiten am Ende des Lebens ist oft unscharf und voller Fragen. In den letzten Jahren haben Themen wie Hospizbewegung, Patientenverfügung, Vorsorgevollmacht ein zunehmendes Interesse gefunden. Dies könnte Unsicherheiten und ungewollte, weil sinnlose Aktivitäten am Lebensende vermindern und dem Sterben seine Würde zurückgeben. Dabei ist die Erfahrung der Begrenztheit der ärztlichen Kunst auch für jeden von uns durchaus sehr heilsam!

5. Beispielhafte Slum-Medizin: vom Behandeln zum Heilen

„Vertrauen und Optimismus besitzen lebensspendende Qualitäten“

Am Beispiel der finanziell aber besonders auch technisch-apparativ äußerst begrenzten Möglichkeiten der ärztlichen Arbeit im Slum hat Bernhard Ehlen, der Begründer des Komitee „Ärzte für die Dritte Welt“ den Kern ärztlichen Handelns treffend herausgearbeitet, indem er sagt: „wenn ich dann die Hand dieses (kranken) Menschen ergreife, seine Wangen streichele und mehr Worte spreche als für die Medikamentendosierung notwendig sind, bin ich ein zutiefst und wirklich heilender Arzt. Dann geschieht etwas über mich Hinausgreifendes. Dann begegne ich diesem Menschen nicht nur als meinem Patienten, sondern von Mensch zu Mensch, von Person zu Person, vom Ich zum Du“ (5). Viel seltener als wir glauben sind Technik und Apparate in der Medizin nötig, um einem Kranken ärztlich zu helfen, für ihn zu sorgen, ihn zu heilen. Es scheint ganz so, als könnte die erste Welt hier viel von der dritten lernen!

Wenn am Ende dieses Beitrages noch einmal ein Patientenschicksal aus den Slums von Afrika zitiert wird (22), dann folgt auch dies den Intentionen von Bernard Lown, der uns auffordert, am Lebensende eines Patienten Not, Schmerzen und psychische Belastung des Sterbens für die Opfer als auch für die Familie zu lindern. Denn wir Ärzte „können den Prozeß des Sterbens menschlich gestalten und ihm Würde verleihen, die diesem allerletzten Lebensabschnitt zumeist fehlt“ (15).

Ich möchte hoffen, daß man selbst dieses allzu kurze gemeinsame Wegstück mit unserer Patientin bei ihrem baldigen Sterben im Sinne Lowns zumindest als Versuch zu heilendem ärztlichen Handeln bezeichnen darf.

..nicht mehr schlucken können..

„...in dieser Minute packt sie mich wieder, die Welt des Elends. In Gestalt der etwa 25-jährigen Frau, mit dem bunten Tuch über ihrer viel zu weiten, grünen, zerschlissenen Jacke. Sie sinkt auf dem Patientenstuhl zwischen Sheila und mir nieder. Dann sagt sie, daß sie immer wieder erbrechen muß und seit Donnerstag „nicht mehr schlucken“ kann.

Bei der Untersuchung bin ich erschrocken. Ich finde eine „bis zum Skelett“ abgemagerte Frau. Überall taste ich Lymphknotenpakete. Sie hat diesen widerlich trockenen Husten und Bauchschmerzen, dazu jene ominösen Knochenschmerzen. Ich habe keinen Zweifel an der Diagnose. Es ist wieder und schon zum zehnten Mal heute das so typische Krankheitsbild von AIDS. Aber eine Ursache für das „nicht schlucken können“ kann ich nicht sehen: der Mund ist unauffällig, der Rachen auch, nichts Besonderes im Halsbereich, außer den Lymphknoten natürlich. Ich frage wieder nach dem Schlucken und dem Donnerstag. Sheila übersetzt meine Fragen: warum seit Donnerstag? Was war an dem Donnerstag?

Dann endlich sagt sie flüsternd zu Sheila, daß am Donnerstag ihr zweijähriges Kind gestorben sei. An einer „Infektionskrankheit“. Viel Phantasie gehört nicht dazu, auch dieser „Infektionskrankheit“ ihren richtigen Namen zu geben: AIDS. Es scheint so, als könne diese schwerkranke Frau nicht mehr weinen. Sie dreht sich zur Wand. Ich weiß nichts zu sagen und untersuche weiter, eher mechanisch und sinnlos. Sheila ist unterdessen aufgestanden und schaut sinnend aus dem kleinen Fenster unseres Zimmers. Gut passend ziehen am Himmel gerade tief dunkle Wolken vorbei.

Dann fällt mir ein, daß ich Zeit gewinne, wenn ich dieser elendiglichen, tief traurigen und sehr kranken aber noch so jungen Frau eine Infusion anhänge mit einem Medikament gegen das Erbrechen. Ich bleibe noch ein wenig auf der Liege neben ihr sitzen, berühre ihren Arm und hoffe, daß sie dann doch wieder wird schlucken können. All das schlucken, was deutlich absehbar noch auf sie zukommt und darauf wartet, von ihr akzeptiert oder, wenn man will: „geschluckt“ zu werden. Am Ende der Infusion schaut sie mich an. Ich kann ihre Augen nicht genau erkennen, denn es ist dunkel in der Ecke und der Strom ist schon den ganzen Tag abgeschaltet. Sie fühle sich nun besser, sagt sie schließlich. Aber ich weiß nicht genau, ob sie mir mit dieser Bemerkung nur einen Gefallen tun will oder ob wir ihr wirklich ein ganz klein wenig helfen konnten....“