

Die Verdrängung des Individuums aus der Medizin

Heinz-Harald Abholz

Dies scheint eine Absurdität zu sein. Denn Medizin und ärztliche Tätigkeit erscheinen uns doch im Kern immer mit dem Individuum, dem einzelnen Patienten, verbunden zu sein. Sie sind es – um es vorwegzunehmen - auch heute noch.

Nur möchte ich über eine Entwicklung berichten, die vor einigen Jahren begonnen hat, noch voll „im Gange“ ist. In Veränderungsentwicklungen aber bestehen immer das Alte und das Neue, das sich gerade entwickelt, noch nebeneinander. Dies sollte man beachten, wenn man meiner Darstellung folgt und dann – berechtigt – gegenteilige Beispiele zum Gesagten einfallen. Für „Beides“ gibt es in Zeiten der Veränderung eben Beispiele.

Nun aber zur Sache selbst. Das Individuum meint die Einzigartigkeit einer Person. Dies impliziert, dass Individuen sich in ihrem Erscheinungsbild, ihrem Wesen alle unterscheiden, man nur manchmal - dann aber auf einige wenige Aspekte beschränkt - das Identische findet. Dies versteht man sofort, wenn man sich vergegenwärtigt, dass ja nur wenige, jeweils leicht unterschiedlich ausgeformte Merkmale von Augen, Nase, Ohren, Mund, Haarfarbe, Form der Augenbrauen in ihrer zusätzlich unterschiedlichen Kombination zu meist gut unterscheidbaren Gesichtern führen. Und das Gesicht ist nicht annähernd das ganze Individuum – von Gefühlen, deren Ausdrucksmöglichkeiten, dem Umgang mit sich und der Welt ist hier noch gar nicht die Rede.

Auch für den Arzt muss es daher konzeptionell eigentlich immer die Vielfältigkeit geben – also das Individuum, das sich von anderen unterscheidet. Lange Zeit bestand ärztliche Kunst eben auch darin, Diagnostik und Therapie auf diese Vielfältigkeit von Individuen zuzuschneiden. (Cassel)

Individuen in ihrer Vielfältigkeit unterscheiden sich in u.a. den folgenden Aspekten:

1. Vielfalt der Biologie: Sicherlich haben wir alle einen Blutdruck und selbst in der Gruppe von Menschen mit gleichem Blutdruck, gibt es aber zahlreiche Unterschiede in anderen biologischen Größen, wie Laborparameter des Stoffwechsels, im Blutbild im engeren Sinne, im Verhalten des Blutdruckes über den Tag etc.
2. Vielfalt der Seele: Wie Menschen mit sich, anderen, Lebensschicksalen – so auch Krankheit – umgehen, ist immer sehr vielfältig. Ob sie mit diesen Schicksalen stärker als Person oder schwächer werden, ist sehr unterschiedlich, und meist schlecht vorher zu sagen.
3. Vielfalt in der Sozialen Situation: Die soziale Einbettung, das sozial Geprägtsein der Person führen zu sehr unterschiedlicher Körperwahrnehmung, Krankheitskonzepten und Umgang mit Krankheit.
4. Die Vielfältigkeit des Austausches zwischen Individuen wird durch deren Unterschiedlichkeit von beiden Seiten geprägt: Was ein Arzt von seinem Patienten wahrnimmt, wird durch die eigene Wahrnehmungsfähigkeit in Bezug auf dieses Individuum, aber eben auch durch das wahrnehmende Individuum geprägt.

Im Folgenden will ich zeigen, dass vier Entwicklungen, auf recht unterschiedlichen Ebenen ablaufend, sich ergänzen zu einer Zurückdrängung des Individuums aus der Medizin:

- Evidenz basierte Medizin(EBM)
- Bürokratisierung der Medizin mit Standardisierung
- Präventionsorientierung der versorgenden Medizin
- die sozial geprägte Entwicklung weg von einer autoritär-paternalistischen Persönlichkeit hin zu einer „Team-Persönlichkeit“

Evidenz basierte Medizin (EBM)

Die Mediziner (Internisten) Feinstein (1985) in den USA und Sackett (1985) in England entwickelten unabhängig voneinander auf Basis der Klassischen Epidemiologie die »Klinische Epidemiologie«, die mit den Methoden der Epidemiologie die Ergebnisse von interventiver Medizin – im Bereichen der Diagnostik, Therapie und der Prävention - auf methodisch zuverlässigere Füße stellen sollte – und dies auch tat. Richtig erfolgreich wurde der Ansatz Klinischer Epidemiologie jedoch erst durch die »Umbenennung« zu evidenzbasierter Medizin (EBM) (Sackett 2000). Diese unterscheidet sich von Klinischer Epidemiologie einerseits durch die Popularisierung des Grundgedankens als auch die Aufnahme von mehr praktischen Aspekten sowie die Entwicklung sog. Systematischer Literatursuche als auch deren Bewertung auf Basis formaler methodischer Beurteilungskriterien.

Ausgehend von Nordamerika und England hat evidenzbasierte Medizin Deutschland und seine Mediziner erst in den letzten 15 Jahren zunehmend erreicht.

Die Notwendigkeit, mittels methodisch hochwertiger Studien den Nutzen einer präventiven, diagnostischen oder therapeutischen Maßnahme nachweisen zu müssen, bevor man sie empfehlen und breit anwenden kann, wird heute nicht mehr angezweifelt; dies ist sogar zum nicht mehr diskutierbaren Paradigma geworden. Allerdings wird das, was „methodisch zuverlässig“ beinhaltet, auch sehr nach eigener Interessenlage ausgelegt. Viele Interessenkonflikte zwischen den „Akteuren“ werden daher heute mittels der „Auslegung“ von Studienergebnissen und der Beurteilung deren methodischer Qualität ausgefochten.

EBM fokussiert dabei im Alltag der Medizin – und der Gesundheitspolitik - faktisch – wenn auch anders von den »Vätern« von EBM gewollt – nur auf Studienergebnissen; und damit nur auf statistischen Aussagen über Gruppen.

Zwar heißt es bei z.B. Sackett, dass immer die »best-verfügbare Evidenz« genutzt werden soll – und diese könne auch die Klinische Erfahrung sein –, aber faktisch wird im klinischen Alltag, mit Sicherheit aber auf der gesundheitspolitischen und wissenschaftlichen Ebene nur mit Studien argumentiert, wenn man von EBM spricht oder einen EBM-Ansatz propagiert. (Muir Gray)

Dabei dann – und auch anders als von den Vätern von EBM vorgehabt – wird eben nicht das Problem der Übertragbarkeit von Studien – damit Gruppenergebnissen – auf den einzelnen Patienten adressiert. Bei Sackett hingegen gehört zu EBM immer auch das „Runterbrechen“ von „Gruppenergebnissen“ auf den Einzelnen – was die „ärztliche Kunst“ ausmachte. Und Ärzte, die sich auf EBM als Anwendung von Studienergebnissen in ihrem Handeln und Entscheiden beziehen, vertreten damit immer auch eine Position, die sich konzeptionell nicht mehr vorrangig auf den einzelnen Patienten bezieht, sondern auf die „Individuen-lose“ Gruppe.

Dies gilt selbst dann, wenn die handelnden Mediziner dies in der Regel so noch gar nicht bemerkt haben, d.h. sich weiterhin als Entscheidungsfindende in Bezug auf den Einzelnen erleben – es aber bei dieser Orientierung gar nicht sind. Denn EBM-Befunde – verstanden als Studienbefunde mit hoher methodischer Qualität - werden so zu den Wahrheiten, den „Standards“ erklärt: Man macht das „Richtige“, wenn man diese befolgt. Der sehr entscheidende Unterschied zwischen dem Einzelnen und der Gruppe – letzteres die Basis einer Studienaussage – wird heute in der Regel nicht mehr wahrgenommen.

Dennoch erscheint EBM als Fortschritt in der Verwissenschaftlichung der Medizin: Anstelle des Handelns nach Überliefertem oder nach qua Amt vertretenem Wissen, ist die Notwendigkeit des Studienbelegs gekommen.

Nur ist verwissenschaftlichte Medizin noch nicht taugliche Medizin für den Einzelnen vor mir als Patienten. Denn die unmittelbare und nicht durch das Individuum geformte Anwendung von Studienergebnissen – heute festgehalten in Leitlinien und in Qualitätsindikatoren - ist konzeptionell falsch: Denn, wenn Studienergebnisse einen Nutzen oder auch keinen Nutzen einer Maßnahme belegen, dann bezieht sich »Nutzen« immer auf die Gesamtgruppe der Untersuchten, bestenfalls auf ein oder zwei analysierte Untergruppen.

Und es kommt hinzu: Diese Gruppen sind sehr selektiv gewonnen worden, denn Studien haben aus gutem Grunde viele Ausschlussgründe für Patienten: Diese dürfen nur in eine bestimmte Altersgruppe gehören, sollten keine Ko-Morbiditäten aufweisen, nur aus einer Altersgruppe stammen etc. Damit hat man in der Regel die Patienten in den Studiengruppen, die kaum im Behandlungsalltag vorkommen. Nicht selten repräsentieren Studienkollektive nur unter 10% der Patienten mit einem Krankheitsbild, das in ihnen untersucht wurde. (Abholz 2008)

Und damit weiß man – sollte man wissen -, dass es immer einige oder aber viele gibt, die von einer Therapie z.B. profitieren würden, für die es für die Gesamtgruppe gar keinen Nutznachweis gibt. bzw. die von einer Therapie keinen Nutzen haben, obwohl es für die Gesamtgruppe einen solchen gibt. Denn ist eine Untergruppe derjenigen, die Nutzen haben, obwohl kein/ein Nutzen für die Gesamtgruppe nachgewiesen wurde, nur klein genug, so geht sie – statistisch gesehen – im Gesamtergebnis unter.

EBM so anzuwenden, wie es mehrheitlich nur noch geschieht, nämlich als „Rezept“ des Richtigen für alle unter einem Label – der Diagnose, Subkategorie oder was auch immer - beinhaltet einen nicht-reflexiven Umgang mit Studienergebnissen, der deren Grenzen bei der Umsetzung am Individuum nicht zur Kenntnis nehmen will.

Qualitätsindikatoren, also das Bemessen von „guter Versorgung“ an der Umsetzung solchen Studien-Wissens, ist das sozial-rechtliche höchst problematische Extrem davon. (Abholz 2009)

Standardisierung und Bürokratisierung

Schon Anfang des letzten Jahrhunderts, aber dann mit Rasanz in den 50iger und 60iger Jahren desselben, kam zu einer Ausrichtung der Medizin und ihrer gewachsenen Administration zu einer auf Standardisierung. (Timmermans) Ausgangspunkt waren zahlreiche Untersuchungen zur Varianz von Behandlungsmethoden bei identischen Diagnosen in den Händen unterschiedlicher Versorgungs-Akteuren. Grund für diese Untersuchungen zur Varianz in der Versorgung dürften

sowohl Ressourcenknappheit (unterschiedliche Behandlungen kosten unterschiedlich), aber auch die Grundidee der Bürokratie – die nach Gleichheit vor dem Gesetz und in der Zugänglichkeit von Leistungen - gewesen sein.

Will man Varianz vermindern, begründet dies mit zu wenig oder zu viel Aufwand im Zusammenhang mit der Behandlung bei ein und derselben Diagnose, dann muss man standardisieren. Diese Standards wurden primär nach „Stand des Wissens“, später, in Zeit der Verwissenschaftlichung der Medizin, mittels EBM bestimmt. (Berg, Timmermans) Was vom Standard – zumindest deutlich – abwich, war nach einer solchen Sicht „Fehlerhaftigkeit“ einer Versorgung; und die Ausrichtung auf den Standard entsprach nach dieser Sicht der Verbesserung von Qualität.

Dabei wurde in spätestens den 80iger und 90iger Jahren schnell deutlich, dass derartige Standards – z.B. bei der Beurteilung von Krankenhäusern nicht wirklich tauglich waren: Allein schon sozial bestimmte Einzugsgebiete der Krankenhäuser, die Attraktion von Universitätskrankenhäuser etc. hatten einen erheblichen Einfluss auf die gewählte Behandlungsmethode bei den Patienten mit ein und derselben Diagnose.

Die erfolgreiche Durchsetzung der Standardisierung als politisch und real wirksame Maßnahme ist nur durch den Einklang von Bürokratisierungswunsch nach Erfassung, aber auch nach gerechter und richtiger Verteilung einerseits, und der schnell fortschreitenden Entwicklung im Umgang mit Daten und deren Erfassung zu verstehen. Timmermanns als auch insbes. Berg beschreiben, dass dieser Fortschritt in der Arbeit mit Daten eine zentrale Rolle spielte: Erst waren es Lockkarten, dann die ersten – langsamen - Computer, dann Netzwerke von elektronischer Datenerfassung, die Digitalisierung.

Dieser Entwicklung der Bürokratisierung der Medizin unter Nutzung gut handhabbarer Standards – heute oft als Qualitätsindikatoren bezeichnet - haftet selbstverständlich auch etwas Vernünftiges an: Eine Gesellschaft möchte nicht für Dinge bezahlen, die nicht „dem Stand der Medizin“, dem Richtigen, entsprechen. Diese Standards aber schon als das „Richtige“ zu nehmen, kann hingegen selbst zur Gefährdung der Versorgung werden.

Und das spüren Ärzte heute immer noch: Die sogenannte ärztliche Non-Compliance mit Leitlinien ist Hinweis dafür. Van den Bussche hat für die Neurologen und Psychiater untersucht, inwiefern sie Standards der Demenzleitlinie bei dementen Patienten einhalten: Erstaunlicherweise lassen selbst Neurologen und Psychiater nur bei etwa einem Drittel der zu ihnen zur Abklärung geschickten Patient, die dann später auch die Diagnose einer Demenz erhalten, eine sog. Bildgebung, ein CT- oder MRT, überhaupt anfertigen. Dies aber bei allen Patienten mit Demenz zu tun, ist eine der zentralen Empfehlungen der Leitlinie. Derartige Beispiele lassen sich zahlreich auch für das Einhalten anderer Leitlinien und für andere Fachgruppen geben.

Ganz offensichtlich steht heutzutage – trotz des von mir hier Dargestellten an Entwicklung – bei vielen Niedergelassenen, also in der Regel älteren Ärzten, noch die klinische Entscheidung vor der Befolgung von Standards. Es wird also noch individualisiert entschieden.

Denn über z. B. die Sinnhaftigkeit einer solchen Bildgebung bei jedem mit einer Demenz lässt sich in der Tat unterschiedlich denken – diese Patienten sind mehrheitlich hochbetagt mit zumeist noch einschränkender weiterer Multimorbidität.

Präventionsorientierung der versorgenden Medizin

Individualisierende/personalisierende Medizin ist nur dann möglich, wenn eine individuelle Beurteilung von Krankheit und Gesundheit möglich ist. Dies war und ist immer bei Krankheiten mit Symptomen der Fall. Man kann als Arzt – und auch als Patient – anhand der Symptome beurteilen, ob etwas »anspricht« oder nicht. Mit dieser Symptom-Orientierung war/ist meist auch verbunden, dass sich die Beurteilung eines Erfolgs einer Behandlung in absehbaren Zeiträumen auch vornehmen ließ. Damit aber war und ist bei der Betreuung von Patienten mit symptomatischen Erkrankungen immer ein „Korrektiv“ gegeben: Die Beurteilbarkeit des Erfolgs durch den Patienten oder Arzt. Dies gilt auch bei der Anwendung von Studien-, also Gruppen-Ergebnissen beim Individuum.

Aber mit der zunehmender Orientierung auch der versorgenden Medizin auf Prävention ist ein Wandel eingetreten: Es geht nun immer öfter um die Erkennung und Behandlung einer Frühform oder Vorform von Krankheit, die noch keine Symptome hat. Noch deutlicher ist es, wenn Risikofaktoren – also nur noch statistische Wahrscheinlichkeiten - für mögliche Krankheiten behandelt werden (ein Polyp, ein gestörter Zuckerstoffwechsel, ein erhöhter Fettwert, ein Blutdruck etc.). Dabei hat dann der Arzt seinen Bezug zur Behandlungsbeurteilung - ebenso wie der Patient – verloren: Es gibt kein Befinden mehr, an dem Erfolg oder Misserfolg zu beurteilen sind.

Verstärkt wird dies noch einmal, weil mit der Hinwendung zu Risikofaktoren, Vor- oder Frühformen von Krankheiten – also einer präventiven Medizin – immer nur noch längerfristige Verläufe über Erfolg oder Misserfolg entscheiden lassen: nach 10, 20 oder 30 Jahren erst entstehen Krankheiten mit Symptomen – oder sie entstehen nicht.

Über diese Wegstrecke gibt es meist keinerlei Hinweise dafür, ob eine (präventive) Behandlung dem Individuum gut tut oder nicht. Erst das Ausbleiben einer Folgeerkrankung nach Jahrzehnten kann dies beantworten. Manchmal, wenn dies möglich ist, gibt es jedoch sog. Surrogatmarker (ersatzmäßig Erfolg nahelegende Befunde) wie z.B. ein Blutdruck, ein Cholesterin, die Patient und Arzt nahelegen, dass es „gut ist“ oder „nicht gut ist“. Aber in Wirklichkeit und in Bezug auf das, was eigentlich wichtig ist, nämlich wirklich krank zu werden oder nicht, tun sie es nicht einmal: Nur ein Teil der „gut eingestellten“ Patienten bekommt die zu verhindernde Krankheit nicht; und nur ein Teil derjenigen, die „schlecht eingestellt“ sind, bekommt sie.

Prävention als Konzept der Medizin hat die individualisierende Beurteilbarkeit verunmöglicht. Der Einzelne ist nur noch über die Gruppe – nämlich die der Risikoträger – beurteilbar. Man kann ihm bestenfalls sagen, welche Risikoreduktion er bei Behandlung als Gruppenmitglied statistisch erwarten kann. Nur ist diese im Bereich der Prävention häufig so niedrig, dass selbst eine solche Angabe nicht mehr Nacherlebbarkeit induziert: Von 2.000 Frauen, die über 10 Jahre am Mammographie-Screening teilnehmen, hat 1 einen Nutzen im Sinne verhinderten Todes an diesem Karzinom.

Und wenn jemand einmal erlebt, dass er – für ihn offensichtlich – von einer frühen Diagnose profitiert hat, dann muss dies nicht einmal „richtig“ im wissenschaftlichen Sinne sein: Er könnte nämlich auch zu denen gehören, die bei späterer Diagnosestellung genauso lange überlebt hätte. Entscheidbar ist dies nicht mehr auf die Person bezogen, nur noch auf den Gruppenvergleich von Behandlungs- und Vergleichsgruppe.

Zwischenfazit

Bisher hierher ist die Zurückdrängung des Individuums auf die Verwissenschaftlichung der Medizin, verstanden als Fokussierung auf Nutznachweise im Sinne der Biostatistik (EBM), die Tendenz der Bürokratie zu kontrollieren, also zu standardisieren, sowie auf die Ausrichtung der Medizin auf Prävention im Alltag der Versorgung zurückgeführt worden.

Hinzu kommt ein weiteres: Der Menschen und damit auch der Arzttyp hat sich gewandelt von einem autoritativ-paternalistischen zu einem – hier so genannt – „Teamtyp“.

Wandel im Menschen- und Arzttyp

Unter autoritativ-paternalistisch sind Menschen zu verstehen, die selbstsicher, wissend, was richtig und was falsch ist, ihren Weg gingen und dabei meist pragmatische Entscheidungen unter Abwägen verschiedenster Aspekte für sich und andere treffen konnten. Für diese – ihre Entscheidungen sahen sie sich auch als verantwortlich an. Diese Personen – und hier auf Ärzte ausgelegt – waren in der Lage, aus ihren Kenntnissen heraus Entscheidungs-freudig handeln zu können, sie zeigten dabei einen erheblichen Pragmatismus, wenn sie Unsicherheiten bei sich oder in der Situation erkannten. Prinzip war/ist: Es musste entschieden werden und mehr Informationen hat man jetzt nicht, also entscheidet man nach diesen.

Nicht also Partizipation des Patienten, wenn auch paternalistisches Handeln für den Patienten, stehen für solche Ärzte im Vordergrund. Und wenn – z.B. bei großen Leid des Patienten – sehr viel Nähe zu entstehen „drohte“, dann wussten sich diese Menschen in der Regel gut abzugrenzen, um nicht in den „emotionalen Strudel“ des Patienten gezogen zu werden.

Hingegen stehen bei der – hier als Konstrukt benutzt – „Team-Persönlichkeit“ die Gleichberechtigung und Autonomie des Anderen als Basis für Partizipation sowie das Hinterfragen der eigenen Kompetenz und Werte im Vordergrund. Damit verbunden ist die Angst, etwas falsch zu machen, weil man ja nicht überall Kompetenz hat. Daraus wiederum resultiert ein Absichern durch Hinzuziehung anderer (Ärzte), die helfen sollen, die selbst gedachte Entscheidung als richtig oder falsch zu bestätigen – oder auch eine ganz andere Entscheidung zu treffen. In der Medizin bietet sich zu solcher Verantwortungs-Teilung die Weitergabe von Entscheidungen und von Patienten an den Spezialisten, ans Krankenhaus an – wo ja wiederum ein Team tätig ist.

Diese Persönlichkeitshaltung hat sicherlich auch etwas mit ärztlicher Sozialisation zu tun, die an den Universitäten als konstante, aber versteckte Botschaft des Unterrichts vermitteln, dass man als einzelner Arzt nicht mehr annähernd alles richtig machen kann - selbst nicht in „seinem Fach“, sondern auf die Sub-Spezialisten innerhalb eines Faches angewiesen ist. (Weisz)

Aber diese Ausrichtung auf das Team ist auch Teil einer breiteren gesellschaftlichen Veränderung von der „Autoritären Persönlichkeit“ weg zur Antiautoritären Persönlichkeit der 60iger Jahre, die hier mit der „Team-Persönlichkeit“ bezeichnet wird.

Was hat dies mit der Thematik des Zurückdrängens des Individuums zu tun? - Persönlichkeiten, die im Regelfall nicht mehr in der Lage sind, als Ärzte die Ganzheit der Person - und damit die Vielfältigkeit des Individuums - zu versorgen oder auch nur zu beurteilen, müssen das Individuum als aufgesplittert in eine Vielzahl von Aspekten erleben. Damit aber wird das Individuum „aufgelöst“.

Vielmehr macht der Patient Angst, der eine Sicht auf ihn als Individuum – in seiner Vielfalt und Widersprüchlichkeit gar - verlangt, da er für diese Persönlichkeiten nicht in allen Teilen verstehbar, erklärbar ist; dies verunsichert.(Williams)

Kommt dann noch die Not eines Patienten hinzu, die für den Arzt nahe zu gehen droht, dann wird die Bedrohung noch größer, weil auf dieser Ebene ein Verweisen auf Andere zwar möglich ist, aber auch vom Arzt als eine zwischenmenschliche Abweisung erkannt oder gar noch erlebt wird. (Cassel)

Es gibt nun aber Bereiche, in denen gerade die große Not des Patienten im Vordergrund steht: Dies ist insbes. in der Psychiatrie und Psychotherapie der Fall, und es ist in der Palliativmedizin die Regel. Aber es ist auch bei jeglichem ernsthaften Gespräch sowie der Begleitung eines Patienten mit schwerwiegender Erkrankung der Fall. Derartige Situationen „drohen“, das Individuum wieder in den Fokus zu bringen; sie scheinen die Akzeptanz des Individuums über seine Not fast zu erzwingen.

Aber auch hierfür scheint sich zunehmend ein Herausdrängen des Individuums aufgrund perfektionierter – und damit nicht mehr nahe gehender – Gesprächsformen einzuspielen. Reeve (2011) hat dies im Bereich der Palliativmedizin beschrieben: Sie spricht davon, dass Patienten beklagen, eine personale (personal) aber nicht eine personalisierte (personalised) Betreuung zu erhalten. Dabei ist gemeint, dass diese Patienten in den von Reeves et al geführten Interviews deutlich machen, dass ihre Betreuer zwar auf alles – perfektioniert - eingehen, es sich aber nicht nahe gehen lassen, nicht sie als Person erleben, sondern als Sammlung persönlicher Probleme.

Nicht Betroffen-sein im interindividuellen Austausch, der von Individuum zu Individuum eigentlich immer (etwas) unterschiedlich sein muss, sondern fest geformte, nur auf die Fallkonstellation abgestimmte Formeln des freundlichen und oft optimistischen Umgangs mit dem Patienten, dies sind die beklagten Reaktionen auf persönliches Leid – also das von diesen Patienten gesehene Problem.

Aus Mitschnitten von Arzt-Patienten-Gesprächen in norwegischen Krankenhäusern wird ein ähnliches Phänomen herausgearbeitet. Hier heißt die Bezeichnung: Freundlichkeiten anstelle von Mitgefühl (courteous not curious). (Agledahl)

An den Hochschulen – aber auch in der Fortbildung - werden heutzutage Studenten auf optimalen Umgang mit dem Patienten – auch für die in tiefem Leid – trainiert. Dies ist erste einmal gut so, gar ein Fortschritt – nur steht zu befürchten, dass es dabei auch zu einer Ausrüstung mit einer Waffe zur Abwehr von erlebter Nähe und Individualität kommt. Denn gelernt wird – was didaktisch erst einmal auch plausibel erscheint – an „Modellen“ mit Standards der Gesprächsführung. Bleiben diese Standards aber als routiniert bedienbare Floskeln der Reaktion auf die häufigsten Probleme, dann kann damit auch gut Betroffenheit abgewehrt werden: Aus personalised care – mit der Authentizität des Betreuenden - wird personal care – als befriedende Floskelanwendung.

Gesprächstrainings, gedacht zur Verbesserung der Kommunikation, also Individuen-Austausch, werden so zugleich auch zur Ausstattung von Ärzten mit Instrumenten der Abwehr von Nähe und Betroffenheit – die von diesen Patienten so gebraucht werden.

Also auch auf der Ebene der Persönlichkeits-Typologie gibt es Gründe und Wege, das Individuum aus der Betreuung möglichst heraus zu drängen, weil es für die eigene Person des Betreuenden bedrohlich wird.

Kathan macht in seiner historischen Analyse der Technologie-Entwicklung in der Medizin aufmerksam, dass alle Technologien auch der Entwicklung weg von der Nähe und damit Individualität des Patienten dienen: Heute muss man - eigentlich – nicht mehr anfassen, erzählen lassen, zuhören – man kann – wie in einer Diagnostik Klinik – sich eigentlich die Befunde aus Labor und Bildgebung reichen lassen, um dann – vermeintlich – sagen zu können, was an Krankheit vorliegt. Dies aber ist nicht unbedingt das, was dem Patienten „fehlt“. (Reeve 2010)

Ein Nach-Gedanke

Am Schluss möchte ich noch auf ein Phänomen hinweisen, was deutlich macht, wie groß der Einfluss von EBM als auch der Neigung, das Individuum aus der Medizin herauszudrängen, schon geworden ist: Unter der „Beschreibung des Krankheitsbildes“ fand man früher in Lehrbüchern Darstellungen zu Patienten oder gedachten Patienten, bei denen auch die Vielfältigkeit der Ausprägung der Krankheit und des Krank-seins leitend waren. Didaktisch ging es dabei darum, dem Lernenden zu zeigen, mit was für Patienten – Individuen - er zu rechnen hat.

Heute hingegen werden in fast allen Lehrbüchern die dem jeweiligen Krankheitsbild zuordenbaren Symptome – teilweise in Tabellen mit Wichtung-Punkten zu den Symptomen – nur noch aufgezählt. In psychiatrischen Lehrbüchern wird dies sogar noch dadurch ergänzt, dass die Krankheitsdefinition an sich an der Konstellation der Symptome und deren Wichtung fest gemacht wird: Man kann hier erst von einer Diagnose ausgehen, wenn eine bestimmte Punktzahl erreicht ist.

Anders als in den „alten“ Fall-Schilderungen bleiben in diesen Lehrbücher Symptome – wie Schmerz, Übelkeit, Brechen - Begriffe ohne Leben, ohne gar emotionale Induktion eines Leid-Empfindens bei Lesenden. Krankheit verliert ihre „Individualität“, die ihr nur durch denen einzelnen Kranken gegeben wird. (Cassel)

Widersprüchliches?

Zu dem von mir hier Dargestelltem gibt es Widersprüche: Hausärzte „reklamieren“ seit Jahren, eine personalisierte oder individualisierte Versorgung zu machen – und erklären damit, warum sie so nachweislich oft von Leitlinien-Vorgaben abweichen. Dies zeigt, dass es insbesondere bei diesen noch Widerstand gibt.

Seit einigen Jahren hat nun auch die Pharmakologie und die Genetik den Begriff der „Personalisierten“ oder der „Individualisierten Medizin“ übernommen: Hiermit ist der Hoffnung Ausdruck gegeben, dass man mit Kenntnis genetischer Ausstattung von Patienten zukünftig gezielt die herausfinden kann, die von einer bestimmten Behandlung profitieren bzw. von dieser nicht profitieren. Aber auch hiermit wird nur eine Untergruppe von Menschen gebildet – definiert durch bestimmte genetische Vorgaben. Für einige wenige Krankheiten mag dies eine realistische Orientierung sein. Für die Mehrzahl von Krankheiten und das Krank-sein aber wird diese eindimensionale Sicht – eine genetische Information – völlig unzureichend bleiben. Und damit verbirgt sich hinter diesem Begriff einer „personalisierten Medizin“ eigentlich ihr Gegenteil.

- Abholz H-H: Komplexität bei Behandlungen in der Allgemeinmedizin – Schwierigkeiten der Bestimmung von Outcome-Parameter. ZEFQ 2008,102:351-54
- Abholz H-H, Egidì G: Qualitätsindikatoren in der hausärztlichen Versorgung – ein Provokationspapier. Z Allg Med 2009,85:260-63
- Abholz H-H: Public health, evidenzbasierte Medizin und Prävention als Bedrohung des Individuums in der Medizin. In: Gerlinger T, Kümpers S, Lenhard U, Wright MT: Politik für Gesundheit, Huber, Bern 2010
- Agledahl KM, Gulbrandsen P, Forde R, Wifstad A: Courteous but not curious: how doctors' politeness mask their existential neglect. A qualitative study of video-recorded patient consultations. J Med Ethics 2011,37:650-654
- Berg M: Rationalizing medical work. MIT Press, Cambridge, Mass 1997
- Cassell EJ: The nature of suffering and the goals of medicine. Oxford Univ. Pr. 2nd Ed. Oxford. 2004
- Feinstein AR: Clinical epidemiology : The architecture of clinical research. Philadelphia 1985
- Kathan B: Das Elend der ärztlichen Kunst. Kadmos, Berlin 2002
- Muir Gray JA: Evidence-based health care – How to make health policy and management decisions. Livingstone, Edinburgh 2001
- Timmermans S, Berg M: The gold standard – The challenge of evidence-based medicine and standardization in health care. Temple Univ. Pr. Philadelphia 2003
- Reeve J: Interpretive medicine: supporting generalism in a changing primary care world. Roy Coll Gen Pract occasional Paper Series 88, London 2010
- Reeve J, Lloyd-Williams M, Payne S: From personal challenge to technical fix: the risk of depersonalized care. Health and Social Care in the Community 2011. Doi 10.1111/j.1365-2524.2011.01026.x
- Sackett DL, Naynes B, Tugwell P: Clinical epidemiology. A basic science for clinical medicine. Boston 1985
- Sackett DL, Straus SE, Richardson WS, Rosenberg W, Hynes RB: Evidence based medicine – How to practice and teach EBM. 2nd Ed. Edinburgh 2000
- Van den Bussche R: Die Versorgung von Patienten mit Demenz in dem ersten Jahr ihrer Diagnosestellung – eine Analyse von Kassendaten zu den Versorgungsinhalten. Zeitschr. Alg Med. 2013. im Erscheinen
- Weisz G: Devide and Conquer- A comparative history of specialization. Oxford Univ. Pr. Oxford 2006
- Williams SJ: Medicine and the body. Sage, London 2003