

„Idiopathische Medizin“

Ein leitender Oberarzt einer Universitätskinderklinik gibt seine Stelle auf und verläßt das Krankenhaus, weil er sich mit dem dortigen „Medizinbetrieb“ nicht mehr identifizieren kann. Seine Gedanken um diesen Entschluß hat er in einem Essay niedergeschrieben, der sich mit dem Begriff der „idiopathischen Medizin“ auseinandersetzt.

Emphatische Begleitung und Beratung statt therapeutischem Aktionismus

Die kurative Medizin hat an der Steigerung der Lebenserwartung weit weniger Anteil, als ihr gemeinhin zugeschrieben wird. Nicht durch Antibiotika wurden die großen Seuchen besiegt, nicht durch Infusionen die Säuglingssterblichkeit gesenkt. Die großen Erfolge der Medizin liegen in der Erforschung epidemiologischer Zusammenhänge, in seuchenhygienischen Maßnahmen. Sie haben im Verbund mit der allgemeinen Steigerung des Lebensstandards, der Verbesserung der Hygiene sowie des Ernährungsstandes der Bevölkerung zu einer erheblichen, aber, wie Not- und Kriegszeiten zeigen, reversiblen Steigerung der Lebenserwartung geführt.

Jedoch schreibt sich die kurative Medizin diese Erfolge gerne zu, die, wie die Daten der letzten Jahre zeigen, nur noch einige teuer erkaufte Prozentpunkte hinter dem Komma ausmachen und die in vielen Fällen statistisch erfaßbare Mortalität ersetzen durch die nicht erfaßte chronische Morbidität. Als Beispiel sei die perinatale Mortalität Neugeborener und die Verlagerung der Todesfälle in die sogenannte Nachsterblichkeit genannt.

Die scheinbaren Erfolge des Interventionismus in der Medizin lassen uns vergessen, daß nicht der Arzt, sondern die Natur heilt. Der Arzt kann Wunderländer kunstgerecht adaptieren, aber nicht zusammenwachsen lassen: *Medicus curat, natura sanat*. Daß der Arzt sich dann den Heilungserfolg zuschreibt, ist überheblich. *Primum nil nocere*, in erster Linie nicht noch mehr Schaden zuzufügen – das ist eine alte, oft vergessene Regel, die dem therapeutischen Aktivismus widerspricht. Wir haben vergessen oder nie erfahren, wie der Spontanverlauf von Krankheiten unter den gegebenen Lebensumständen

ist; therapeutische Erfolge sind nur scheinbar der ärztlichen Kunst zuzuschreiben.

Es bedarf keiner Ideologie, wenn nicht der, Ehrfurcht und Respekt vor der Schöpfung zu haben, um sich einer Richtung zuzuwenden, die ich idiopathische Medizin nennen will: *Idios*, das Selbst, kann hier verschiedene Bedeutungen annehmen: Die Selbstheilung der Natur, die eigene Involviertheit in die Krankheit und Heilung, die „idiopathische“, schicksalshafte, aber doch nicht zufällige Ursache von Krankheit.

Akzeptanz der Schicksalhaftigkeit

Idiopathische Medizin ist die Erkenntnis und die Akzeptanz der Schicksalhaftigkeit von Gesundheit und Krankheit in ihren psychosozialen Bedingtheiten und Zusammenhängen. Dabei sind psychodynamische Zusammenhänge ebensowenig auszugrenzen wie pathophysiologische Kausalketten. Die Rolle des Arztes beschränkt sich auf die empathische Begleitung und Beratung des Patienten. Bezogen auf den Kinderarzt heißt das: auf die Begleitung von Eltern und Kind, zum Beispiel in ihren Auseinandersetzungen, als deren Ausdruck Krankheit auftreten kann. Die Frage nach der Sinnhaftigkeit der Erkrankung muß unablässig gestellt werden. Krankheit ist nie sinnlos, wohl aber der nicht umsonst „blind“ genannte therapeutische Aktionismus und die Polypragmasie. Das schließt zielgerechtes Handeln keineswegs aus, ebensowenig einen wissenschaftlichen Ansatz.

Eine Diagnose stellen heißt, einem Phänomen einen Namen geben. Gefährlich ist dabei, einem Zirkel-

schluß zu unterliegen, der da heißt: Sage mir Deinen Namen, und ich sage Dir, wie Du heißt. Die Namensgebung an sich hat noch niemanden geheilt, und, wenn wir ehrlich sind, ersetzen wir unklare Begriffe durch andere, wenn auch manchmal in eingrenzender Form. Beispiel: Ein Kind fiebert mit katarrhalischen Infektzeichen. Hochfieberhafter Virusinfekt (eigentlich keine Diagnose, sondern eine Hypothese). Behandlung symptomatisch, das heißt am Symptom orientiert, hier beim Symptom Fieber durch Fiebersenkung, „Normalisierung“ der Körpertemperatur. Es handelt sich um eine Ausschlußdiagnose; ausgeschlossen werden muß eine andere, schwerere Erkrankung, deren hypothetische frühere Erkennung einen hypothetisch schwereren Verlauf abkürzt.

Wieweit dieser Ausschluß zu treiben ist, ist wiederum undefinierbar, da das Fehlen von einer anderen Krankheit nicht bewiesen, höchstens unwahrscheinlich gemacht werden kann. Dieses gelingt weniger durch Laborwerte als durch Erfahrung und Gefühl, und in diesem Gefühl liegt die ärztliche Kunst. Wir grenzen diese Gefühle aus, lassen sie nicht aufkommen oder versuchen, sie uns durch Laborwerte selbst zu widerlegen. Wir fragen im Vertrauen auf die zu erwartenden Laborwerte nicht nach unserer eigenen Einschätzung, sondern machen die Feststellung, ob ein Kind krank oder gesund ist, von „Werten“ abhängig, von Zahlen. „You are treating numbers, I am treating lungs“, hielt mir mehr als einmal Theodor Kolobow, ein Grundlagenforscher und Kritiker der gegenwärtigen Beatmungsstrategien, entgegen.

Zahlen sind Epiphänomene, und mit ihnen ist ein Gutteil der Medizin

Epiphänomenologie. Harsches Beispiel: Wenn eine Zelle geschädigt wird und ausläuft, werden zweifelsohne viele Substanzen, Mediatoren, Kinine usw. freigesetzt. Ein Epiphänomen des Faktors „kaputt“. Das Auftreten oder die Erhöhung von Serumspiegeln dieser Substanzen haben mit dem pathogenen Ereignis kausal nichts zu tun, und es ist naiv zu glauben, durch nachträgliche Gabe von Antagonisten, Hormonen, Inhibitoren den Schaden beheben zu können. So hat sich gezeigt, daß es Substanzen und Faktoren gibt, die ein Hirnödem verhindern können, aber nur dann, wenn man sie vor dem Ereignis nimmt. So ist es anzuraten, Kortison zu spritzen, bevor man sich ein Schädel-Hirn-Trauma zulegen will; gibt man sie danach, sind sie natürlich wirkungslos! Es ist wie die alte Geschichte von der Stalltür, die geschlossen wird, nachdem das Pferd durchgebrannt ist. So ist das Geradebügeln von schiefen Laborwerten in vielen Fällen die Folge eines epiphänomenologischen Trugschlusses. Die Gefahr, der Faszination pathophysiologischer Regelkreise und ihren potentiellen Angriffsmöglichkeiten zu unterliegen, ist dabei groß, allerdings nicht gefährlich, solange man bescheiden bleibt und weiß, daß man eine Unbekannte durch mehrere andere ersetzt.

Sterben auf einer Intensivstation

Die Kunst, das menschliche Leben zu verlängern, seit dieser Formulierung Hufelands Ziel ärztlicher Tätigkeit, darf nicht zur Kunst, das menschliche Leiden zu verlängern, degradieren. Es ist heute traurige medizinische Praxis, daß es einfach nicht sein darf, daß einem Nephrologen ein Patient in der Niereninsuffizienz, einem Gastroenterologen ein Patient mit Zirrhose an einer Ösophagusvarizenblutung, einem Neurologen ein Patient am Apoplex stirbt. „Bei mir bleibt der Patient nicht auf dem Tisch“, sagen unisono Anaesthesisten und Chirurgen. Die Zuständigkeiten werden hin- und hergeschoben, bis der Tod als technischer Betriebsunfall auf der Intensiv-

station eintritt. Das Sterben als Lebensereignis wird zwar in die Kliniken verlagert, da man die Hilflosigkeit angesichts des Todes in unserer aktiven, scheinbar durch und durch planbaren Welt nicht aushält. Die Kliniken sind aber nicht bereit, die ihnen so gestellte Aufgabe zu erfüllen. So tritt der immer absurde Teufelskreis der medizinischen Maschinerie in Kraft, und weil so viele davon und damit gut leben („medizinisch-industrieller Komplex“), darf er auch nicht hinterfragt werden.

Wie sieht heute, zum Beispiel für ein Kind, das Sterben auf einer Intensivstation aus? Entweder handelt es sich um einen Betriebsunfall, einen technischen Defekt: Tubusverlegung, Bradycardie beim Absaugen, unbemerkte Wasser- und/oder Elektrolytenentgleisung oder einen anderen technischen Zwischenfall. Oder, nach Ausschöpfen aller therapeutischen Möglichkeiten, wird überlegt, ob der Patient nicht noch als Organspender infrage kommt: „Don't take your organs to heaven, heaven knows we need them here“. Eltern klarzumachen, daß ihr Kind nun tot sein soll, obwohl es unverändert wie am Vortag am Respirator hängt, obwohl tagelang mit verschiedenen therapeutischen Techniken Hoffnungen geweckt und unterhalten wurden, ist schwer. Und dann die Frage einer Organspende aufzuwerfen, verlangt ein großes psychologisches Geschick, welches in diesen Momenten der Hektik und Organisation aufzubringen nicht möglich ist.

Und schließlich wird nach der Evisceration die Beatmung beendet. Einen inhumaneren Tod kann ich mir fast nur im Straßengraben vorstellen. Die notwendige Infrastruktur, die Zuverlässigkeit der Organisation und der Schutz vor Mißbrauch muß, vergleichbar mit dem Atomstaat Jungks, zu totalitären Strukturen führen, sie ist ein Musterbeispiel für ethisch, ökologisch und ökonomisch abstruse Medizintechnik, ohne erwiesenen Nutzen. Die Untersuchungen des Verdacht auf Mißbrauch bei Nierentransplantationen an der Charité haben zu dem einzigen Ergebnis geführt, daß die Ergebnisse der Transplantationsmedizin aus politischen Gründen zu positiv

dargestellt wurden. Ähnlich verhält es sich mit der Lebertransplantation, wo gesetzte Ziele, etwa eine gewisse Anzahl von Lebern pro Jahr zu verpflanzen, ähnlich einem Planungssoll, erfüllt werden müssen, um die Investitionskosten zu rechtfertigen.

Beispiel: Linksherzhypoplasie

Oder Beispiel Herztransplantation: Das hypoplastische Linksherz galt bis vor kurzem als eine unheilbare Krankheit. Wir haben nach Diagnosestellung diese Kinder auf dem Arm der Mutter friedlich einschlafen lassen. Heute muß man die Herztransplantation als Behandlungsmöglichkeit anbieten; ja, man darf sie nicht einmal als Experiment vorstellen, da die Kassen Experimente nicht zahlen würden. Dabei ist es mehr als ein Experiment: Es ist die Befriedigung persönlichen Ehrgeizes oder eines hochgesteckten Planungszieles auf Kosten des Kindes, welches, kaum geboren, Opfer der Medizinmaschinerie wird. Welche Eltern würden, nachdem sie sich neun Monate auf das Kind gefreut haben, es so einfach loslassen können, wenn es doch therapeutische Möglichkeiten gibt? Es gibt hier wichtige ärztliche Aufgaben, die nicht darin bestehen, „alles“ zu machen, sondern in dieser Zeit, in der alles machbar erscheint, mit den Patienten, mit den Angehörigen unter therapeutischen Optionen zu wählen und sich dabei bewußt sein, welche Motivationen bei Arzt, Patient und Angehörigen bestehen.

Motivation, Hintergründe: Der Arzt ist Auftragnehmer. Wer ist nun der Auftraggeber? Sind es die Kassen, die Arbeitgeber, die Angehörigen, der Patient selbst, die Klinik mit ihren Zielen, der Arzt selbst mit seinem Welt- und Menschenbild oder die Gesellschaft? Diese schwierige Rolle soll wiederum an einem Beispiel illustriert werden. An einem Montag wird normalerweise ein Mädchen vorgestellt, welches seit Jahren an immer wiederkehrenden Harnwegsinfektionen leidet. Im Gespräch ergibt sich der dringende Verdacht, daß die Mutter nachweisen will, daß das Kind, welches das Wochenende

beim Vater verbracht hat, dort medizinisch nicht adäquat versorgt wird, um damit die Besuchsregelung zu ihren Gunsten zu ändern. Ohne eine Frage nach dem „Warum gerade jetzt, was ist der Sinn der Vorstellung gerade zu diesem Zeitpunkt?“ wären diese Hintergründe unerkannt geblieben. Der Auftrag des Kindes bleibt ebenso unbekannt, und nur die Symptombildung – rezidivierende Harnwegsinfektion – läßt auf psychosomatische Zusammenhänge schließen, die mit sich abgrenzen, Selbstständigkeit und geschlechtlichen Problemen zu tun haben.

Die Klinik hat einen intrinsischen Auftrag: zum Beispiel an der Universitätsklinik den einer Maximalversorgung. Maximalmedizin bringt den behandelnden Arzt mit diesem Auftrag und dem Patienten häufig gleichzeitig in Konflikt, dazu noch mit den Subauftraggebern wie seinem Chef oder Oberarzt. Resignation und Defensivmedizin sind die Folge: Alles machen, um den Vorwurf, nicht alles gemacht zu haben, schon im Keime zu ersticken. Defensivmedizin heißt, sicherheitshalber

und um nichts zu versäumen, vor allem, um sich gegen gerichtliche und außergerichtliche Vorwürfe zu feien, „alles“ zu machen und das persönliche Gewissen dabei auszuschalten.

Auch die Bedeutung von Intensivmedizin wird häufig mißverstanden. Intensivmedizin ist nicht gleich Invasivmedizin, gerechtfertigt nur bei intensiv überwachten und behandelten Patienten (Beatmung, Herz-, Blasen-, Dialyse-, Ernährungskatheter etc.). Intensiv heißt, daß dieser Patient einer intensiven Zuwendung bedarf. Auch ein suizidgefährdeter Patient kann, ohne Beeinträchtigung der Vitalparameter, Intensivpatient sein. Auch Angehörige intensivmedizinisch betreuter Patienten brauchen intensive Betreuung, die im therapeutischen Aktivismus oft zu kurz kommt, da es leichter ist, an Patient oder Gerätschaft herumzuhantieren, als, sich seiner Unfähigkeit bewußt, dabeizustehen = Beistand. Das erhofft sich der Patient, das sind aber die Situationen, wo man sich gern stumm davonstiehlt.

We are treating numbers – in doppeltem Wortsinn: Als Zahlen, als

Laborwerte. Idiopathische Medizin soll heißen, daß die Eigenständigkeit des Patienten anerkannt werden soll, daß eine Schicksalhaftigkeit von Krankheit mit und trotz der Kausalität ihrer psychosozialen und biologischen Bezüge besteht, und wir unsere Ich-Bezogenheit (idios, Idiotie) in Forschung, Lehre und Krankenversorgung aufgeben. Die Erkenntnis kausalpathogenetischer Ketten und deren mögliche Kritikpunkte (z. B. Rauchen → Lungenkrebs) nützen in der Bewältigung der Krankheit, die einfach da ist („idiopathisch“), nichts, und der Konjunktiv Perfekt (z. B. „Hätten Sie nicht geraucht“) ist für das Hier und Jetzt, mit dem die idiopathische Medizin sich beschäftigen will, irrelevant.

Deutsches Ärztblatt

90 (1993) A₁-2614-2616 [Heft 40]

Anschrift des Verfassers:

Dr. med. Stephan Heinrich Nolte
Arzt für Kinderheilkunde
Spiegelslustweg 20
35039 Marburg

Erziehung zur Gesundheit

Pflege und Erhalt der Gesundheit sollen künftig stärker als die Aufklärung über Krankheiten und ihre Vermeidung in den Mittelpunkt der Gesundheitserziehung in den Schulen rücken. Das geht aus dem Bericht „Zur Situation der Gesundheitserziehung in der Schule“ der Kultusministerkonferenz der Länder vom November 1992 hervor. Die Schüler sollen dabei eine gesunde Lebensweise erlernen und sich der umweltbedingten ökonomischen und sozialen Ursachen für Gesundheit und Krankheit bewußt werden. Dadurch soll sich das Selbstwertgefühl der Schüler entwickeln können.

Die Unterrichtsinhalte zur Gesundheitserziehung sind auf viele Fächer wie Biologie, Sport und Hauswirtschaft, aber auch Religionsunterricht oder andere gesellschaftswissenschaftliche Fächer verteilt. Sie können auch fächerübergreifend und bei gemeinsamen Ausflügen bei-

spielsweise im Schullandheim behandelt werden. Ganz wichtig ist die Zusammenarbeit von Lehrern, Eltern, Ärzten und Institutionen. Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung stellt zum Beispiel geeignetes Unterrichtsmaterial zur Verfügung.

Katalog der Themen

Schon im Kindergarten erlernen die Kleinen durch das gemeinsame Zähneputzen nach dem Essen ihre Zähne in Ordnung zu halten. In den ersten Schuljahren kommt regelmäßig der Schulzahnarzt. Ebenso wichtig wie Zahn-, Körper- und Wohnhygiene ist eine gesunde Ernährung. Dieses Thema kann im Hauswirtschaftsunterricht oder in Biologie besprochen werden. Meistens leistet der Hausmeister seinen Beitrag zur gesunden Ernährung der Schüler, indem er in den Pausen Schulmilch

verkauft. Zur Sexualerziehung gehört die Vorbereitung auf Partnerschaft und Verantwortung. Das pädagogisch geführte Lehrer-Schüler-Gespräch sollte dabei vorrangig vor der bloßen Wissensvermittlung stehen. Auch im Bezug auf AIDS sollen die Schüler wissen, wie sie sich vor einer Ansteckung schützen können und wie sie sich AIDS-Kranken gegenüber verhalten. Um das Thema im Unterricht aufzugreifen, können die Lehrer dabei auf Fragen der Schüler eingehen. Um vor Drogenmißbrauch zu schützen, sollen in Fächern wie Biologie, Chemie und Erdkunde verschiedene Drogen und ihre Wirkung besprochen werden. Wichtig ist in diesem Zusammenhang auch, daß die Schüler Selbstvertrauen erlangen und lernen, mit Konfliktsituationen umzugehen. Außerdem besteht das Angebot von Verkehrserziehung und Erste-Hilfe-Kursen, in denen die Teilnehmer auf Notfälle vorbereitet werden und ihre Rolle als Ersthelfer erkennen und erlernen können.

Petra Geschwandtner-Andres