

Online-Texte der Evangelischen Akademie Bad Boll

## An den Grenzen der naturwissenschaftlichen Medizin: Läßt sich das heutige Krankheitswesen in ein Gesundheitswesen zurückverwandeln?

*Prof. Dr. Klaus Michael Meyer-Abich*

### Ein Beitrag aus der Tagung:

Anders heilen

Gesundheit und Spiritualität

Bad Boll, 6. – 9. September 2007, Tagungsnummer: 470707

Tagungsleitung: Albrecht Esche, Dr. Günter Renz

---

### Bitte beachten Sie:

Dieser Text ist ausschließlich zum persönlichen, privaten Gebrauch bestimmt. Jede weitere Vervielfältigung und Verbreitung bedarf der ausdrücklichen Genehmigung des Urhebers/der Urheberin bzw. der Evangelischen Akademie Bad Boll.

© 2007 Alle Rechte beim Autor/bei der Autorin dieses Textes

Eine Stellungnahme der Evangelischen Akademie Bad Boll ist mit der Veröffentlichung dieses Textes nicht ausgesprochen.

Evangelische Akademie Bad Boll  
Akademieweg 11, D-73087 Bad Boll  
E-Mail: [info@ev-akademie-boll.de](mailto:info@ev-akademie-boll.de)  
Internet: [www.ev-akademie-boll.de](http://www.ev-akademie-boll.de)

# An den Grenzen der naturwissenschaftlichen Medizin: Läßt sich das heutige Krankheitswesen in ein Gesundheitswesen zurückverwandeln?

*Prof. Dr. Klaus Michael Meyer-Abich*

Trägt unser Gesundheitswesen seinen Namen zu Recht? Wohin man blickt, alle Beteiligten haben es immer nur mit Krankheiten zu tun, nicht nur in der konventionellen Medizin, sondern meistens auch in der Komplementärmedizin. Das sogenannte Gesundheitswesen wäre danach wohl eher ein Krankheitswesen zu nennen. Sollte ein wirkliches Gesundheitswesen aber nicht eigentlich dafür da sein, daß man gar nicht erst krank wird, also der Erhaltung der Gesundheit dienen? Zwar sorgen allein in Deutschland Hunderttausende von Mediziner und Millionen von Beschäftigten in ihrem Umkreis dafür, daß die vielen Kranken so gut es geht wieder gesund oder wenigstens nicht noch kränker werden. Wer aber kümmert sich eigentlich darum, daß es möglichst gar nicht soweit kommt? Sogar die vielen Vorsorgeuntersuchungen, die nun zunehmend gemacht werden, sollen nur feststellen, ob man schon krank oder wenigstens beinahe krank ist. Wenn Ja, schlagen sofort alle zu; wenn Nein, wissen sie nichts mit einem anzufangen und schicken einen wieder nach Hause, bis man schließlich doch eine Krankheit vorweisen kann.

Daß das Gesundheitswesen sich zu einem Krankheitswesen verkürzt hat, hängt (1) mit der Industrialisierung und (2) mit der Rolle der Naturwissenschaft in der Medizin zusammen, war also erst eine Entwicklung der letzten zwei bis drei Jahrhunderte. Demgegenüber befaßte sich die hippokratische Medizin im antiken Griechenland "keineswegs nur mit der Heilung von Krankheiten; die Erhaltung der Gesundheit bedeutete ihr von Anfang an die wichtigere Aufgabe" (Sigerist 1952, 5). Zwar hätte es wohl niemals Ärzte gegeben, wenn die Menschen nicht gelegentlich krank würden. Damit ist aber ja noch nicht gesagt, ob die Ärzte erst einmal abwarten, bis ihre Klienten zu Patienten werden, oder ob sie in erster Linie für das Gesundbleiben sorgen.

## 1 Industrialisierung und Krankenkassen

Die neuzeitliche Engführung des Gesundheitswesens zu einem bloßen Krankheitswesen war insoweit eine Folge der Industrialisierung, als die Krankheitshäufigkeit und die Sterblichkeit in den Städten viel größer waren als auf dem Land. Durch die Landflucht der Tagelöhner und Bauern, die in der Landwirtschaft ihr Auskommen nicht mehr fanden, und durch ihre Arbeit in den städtischen Industriebetrieben ergab sich ein enormer Krankheitsschub. Die Städte waren zur Zeit der frühkapitalistischen Industrialisierung regelrechte Todesfallen und hätten ihre Einwohnerzahl ohne den Zuzug vom Land gar nicht aufrechterhalten, geschweige denn erhöhen können. Der Grund dafür waren sowohl die unhygienischen Wohnverhältnisse als auch die ungesunden Arbeitsbedingungen. Hätten Ärzte unter

diesen Umständen in erster Linie für die Erhaltung der Gesundheit sorgen wollen, so wäre ihr Adressat — wie später für Rudolf Virchow — der Staat gewesen, der diese Entwicklung zuließ, nicht aber der Arbeiter, der sich notgedrungen darauf einließ.

Der Kapitalismus hätte das 19. Jahrhundert wohl schwerlich überlebt, wenn sich für die Soziale Frage nicht insoweit politische Lösungen gefunden hätten, daß die Lebensbedingungen der Arbeiter auf ein erträgliches Maß verbessert worden wären. Die Einrichtung des Sozialstaats entsprach der Einsicht, daß sozusagen die ganze Gesellschaft kalte Füße bekam, wenn die Arbeiter unwürdig behandelt wurden, und daß dies nicht nur ein Problem der Füße, sondern eines des ganzen Kreislaufs war. Ein wesentlicher Teil der dazu nötigen Sozialgesetzgebung aber war die Einrichtung von Krankenkassen, und damit blieb es bei dem durch die Mißstände der frühen Industrialisierung entstandenen Krankheitswesen.

Denn die Krankenkassen wurden, wie ihr Name sagt, eingerichtet, um ihre Mitglieder im Krankheitsfall zu unterstützen. Dies galt bereits für die jahrhundertealten Knappschafts- und Gesellenkassen. Ihr historischer Sinn war also

- erstens eine *individuelle* Linderung bereits eingetretener Notlagen, nämlich von Krankheiten, nicht aber die Wahrung der Normalität, daß die Versicherten möglichst gesund bleiben und gar nicht erst krank werden.

Ein zweiter Grund, der diese Krankheitsorientierung bestärkte, war, daß zur Feststellung des Versicherungsfalls

- ein *objektivierbarer* Sachverhalt zur Finanzierung anstehen mußte, also wiederum eher eine Krankheit als eine potentielle Gefährdung der Gesundheit. Man mußte eben beweisen können, daß die Notlage tatsächlich eingetreten war — nicht nur, daß sie eintreten könnte.

Hinzukommen sollte aber noch ein dritter Grund, ohne den die Krankheitsorientierung letztlich noch hätte relativiert werden können, daß nämlich

- die zu jeder Art von Versicherungsgemeinschaft gehörende Solidarität am leichtesten zu wahren ist, wenn möglichst alle Versicherungsfälle nicht persönlich (mit)verschuldet sind, also z.B. durch ein klügeres Gesundheitsverhalten hätten vermieden werden können, sondern einem gemeinsamen *äußeren Feind* zuzurechnen sind.

Merkwürdigerweise ist die Vollendung der deutschen Sozialgesetzgebung (1883) zeitlich mit der *naturwissenschaftlichen* Identifikation eines solchen äußeren Feindes, nämlich der bakteriellen Krankheitserreger (1882-84), zusammengefallen.

Die naturwissenschaftliche Medizin bestätigte aber nicht nur das — übrigens auf Paracelsus zurückgehende — Feindbild der Krankheiten, sondern sie war auch diejenige, welche die zweite Bedingung am ehesten erfüllen konnte: den Nachweis, daß der Versicherungsfall wirklich eingetreten ist. Und schließlich legitimierte sie obendrein die Beschränkung der ärztlichen Zuwendung auf das einzelne Individuum und sogar auf dessen bloß körperliche Verfassung, denn die Naturwissenschaft verstand nur etwas von der körperlichen und nichts von der seelischen Wirklichkeit des menschlichen Daseins. Die naturwissenschaftliche Medizin war also gerade diejenige, die in einer idealen Weise zur sozial-

politischen Errungenschaft der Krankenkassen paßte. Daß Krankheiten psychosomatisch bedingt oder Charaktere des menschlichen Mitseins am Arbeitsplatz bzw. in der Familie sein können, wurde durch die Allianz von Naturwissenschaft und Krankenkassen systematisch ausgeblendet. Außerdem aber stellte diese Allianz die medizinische Versorgung in den Mittelpunkt, also das Krankheitswesen und nicht das Gesundheitswesen.

## 2 Wie aus Ärzten Mediziner wurden

Die Ärzte haben sich aber nicht erst um der Krankenkassen willen auf die Naturwissenschaft eingelassen, sondern dies ist aus andern Gründen bereits seit dem Ende des 18. Jahrhunderts geschehen. Dabei hat eine Rolle gespielt, daß ihr gesellschaftliches Ansehen im 18. und bis ins 19. Jahrhundert hinein ziemlich gering, also mit dem heutigen gar nicht zu vergleichen war. Molière beispielsweise mokierte sich darüber, daß Ärzte sich allenfalls darauf verstanden, die Klagen ihrer Patienten auf Lateinisch zu wiederholen, und Voltaire soll resümiert haben: Ärzte verordnen Arzneien, von denen sie wenig wissen, gegen Krankheiten, von denen sie noch weniger wissen, an Menschen, von denen sie gar nichts wissen (nach Porter 1997, 256).

Was dann die Wende brachte, war die Neukonstituierung der Medizin als angewandter Naturwissenschaft, zunächst in Gestalt der Physiologie und dann durch die Entdeckung der Krankheitserreger. Dabei haben sich die Ärzte natürlich nicht nur um ihres höheren Ansehens willen auf die neue Naturwissenschaft eingelassen, sondern dies versprach einen wirklichen Fortschritt in der Medizin, der dann ja auch eingetreten ist. Der damit einhergehende Prestigeerwerb aber wird ihnen trotzdem nicht unangenehm gewesen sein.

Mit dem Geist der Zeit, dem Glauben an den wissenschaftlich-technischen Fortschritt, änderte sich dann aber auch der des ärztlichen Handelns. Der Umschwung in der Mentalität, durch den sozusagen aus Ärzten Mediziner wurden, hat bis zu den Numerus-clausus-Absolventen des 20. Jahrhunderts gedauert, ist aber bei den führenden Mediziner bereits im 19. Jahrhundert in aller Klarheit zu erkennen. Ich zeige dies durch eine charakteristische Passage aus einer Rede des Karlsruher Arztes Robert Wilhelm Volz (1806-1882), der ein angesehener Vertreter seines Standes war, aus dem Jahr 1870 (!):

"Der alte Arzt kam seinen Kranken näher; um die Ursachen zu erforschen, mußte er Psychologe sein, und Menschen und Verhältnisse beurtheilen, um mit Rücksicht darauf den Heilplan zu entwerfen; ... Seine Aufgabe war vielleicht schwieriger als jetzt, — er hatte es nicht mit dem Objekte einer Krankheit, sondern mehr mit der Person des Kranken zu thun. ... Jetzt ist es anders. Die Medizin ist tatsächlich, ist objektiv geworden. Es ist gleichgiltig, wer am Bett steht, aber er muß verstehen, zu untersuchen, zu erkennen. Er tritt vor ein Objekt, welches er ausforscht, ausklopft, aushorcht, ausspät, und die rechts und links liegenden Familienverhältnisse ändern daran gar nichts: der Kranke wird zum Gegenstand. ... Dadurch verlieren sich auch beim Arzte gewisse Rücksichten, welche der intimere Umgang gebot, sie verlieren sich ebenso beim Publikum, und es bedarf nicht viel, so verrückt der Beruf seinen Schwerpunkt und legt ihn auf den Erwerb" (33f.).

Das alles ist erstaunlich klar gesehen: Der Arzt kommt dem Kranken nicht mehr nahe — der Kranke wird zum Gegenstand — es ist gleichgültig, wer am Bett steht — und letztlich ist dies ein Erwerb wie jeder andere. Aber wir spüren auch: Die in dieser Weise naturwissenschaftlich orientierten Ärzte haben wirklich geglaubt, damit auf einem guten Weg zu sein, denn Volz trauert der persönlichen Nähe von Arzt und Patient ja gar nicht nach.

Zu einem Symbol für den Wandel in der ärztlichen Mentalität ist die Erfindung des Stethoskops — des "Brustspähers" — geworden (1816). Kein Mediziner würde heute noch das eigene Ohr an die Brust eines möglicherweise ungewaschenen, schwitzenden und kreatürlich riechenden Kranken legen, wie es die Ärzte früher getan haben, denn diese intime Nähe läßt sich durch das Stethoskop vermeiden. Allerdings hört man damit nicht mehr die Fülle der Geräusche im menschlichen Körper, sondern nur noch einen Ausschnitt. Einen ähnlichen Dienst leistet das Fieberthermometer, denn man braucht dem Kranken nun nicht mehr die Hand auf die Stirn zu legen oder ihm in die Augen zu sehen. Eine Fülle von Daten — Blutdruck, Blutwerte etc. — und Beobachtungen (Röntgenbilder, Ultraschall, Magnetresonanztomographie etc.) kommt hinzu, die ebenfalls alle erhoben bzw. gemacht werden können, ohne in irgendeinen Kontakt mit dem Patienten zu treten, nicht einmal gesprächsweise. Häufig hat das Gespräch mit dem Patienten überhaupt nur noch den Sinn, diesem Verhaltensanweisungen zu geben — für die Diagnose wird es nicht mehr gebraucht. Stellt man also, wie es die Psychotherapeuten tun, hinsichtlich der medizinischen Praxis die Frage: Was wird hier vermieden?, so liegt die Antwort offen zutage: Vermieden wird die persönliche Nähe — der Kranke wird zum Gegenstand.

Nun beruht der große Erfolg der Naturwissenschaften weitgehend darauf, daß über ihre Grenzen und immanenten Voraussetzungen im Normalbetrieb nicht weiter nachgedacht wird. Man kann eben gerade dadurch erfolgreich sein, daß man etwas in angemessenen Grenzen wirklich gut macht. Gelungen ist dies in der Medizin vor allem

- in der Behandlung schwerer und akuter Krankheiten, insbesondere von Unfällen, Herzinfarkten, Schlaganfällen, Asthmaanfällen und bestimmten Krebserkrankungen;
- in der Erhaltung von Organen und Funktionen, insbesondere des Stoffwechsels, der Zähne, der Augen, der Gelenke etc.

Darüber hinaus aber wird das medizinische Handeln oft sehr schnell fragwürdig. Ich denke insbesondere an

- Schädigungen durch Medikamente, bei denen wohl dem wirtschaftlichen Interesse der Vorrang vor der wissenschaftlichen Zuverlässigkeit gegeben worden ist (Contergan, Hormonpräparate in den Wechseljahren, bestimmte Cholesterinsenker, neuere Schmerzmittel);
- die Schieflage der medizinischen Forschung, die darin besteht, daß Wirksamkeitsuntersuchungen von Medikamenten meist vom Hersteller (mit)finanziert und in der Regel nur dann veröffentlicht werden, wenn sie positiv für das betreffende Medikament ausgehen. Wissenschaft und Marketing sind also nicht klar getrennt;
- die Gefährlichkeit von Krankenhäusern. Das Risiko, in einem Krankenhaus zu Tode zu kommen — und zwar nicht durch die Krankheit, deretwegen man es aufgesucht hat —, ist mit 1:300 viel zu hoch. In der Luftfahrt-Risikoforschung hat man durch die Anonymisierung von Unfall-

berichten die Sicherheit auf 1:10.000.000 steigern können, wobei sich herausstellte, daß die meisten Gefährdungen oder Unfälle eine Folge menschlicher Unstimmigkeiten waren. Das Betriebsklima in vielen Krankenhäusern ist so schlecht, daß derselbe Grund wohl auch dort gelten dürfte.

Hinzu kommen regionale Ungleichverteilungen, die nicht medizinisch zu rechtfertigen sind. Beispielsweise

- finden in Kanada doppelt so viele Herz-Bypassoperationen statt wie in Großbritannien und in den USA noch viel mehr als in Kanada;
- werden in Deutschland mehr Herzkatheter als überall sonst in Europa gelegt,
- werden in Frankreich viel mehr Antibiotika als in Deutschland verordnet, und innerhalb Deutschlands im Saarland doppelt so viel wie in Brandenburg (was allenfalls mit der kulturellen Nähe zu Frankreich zusammenhängen kann).

Schließlich spricht es auch nicht gerade für die wissenschaftliche Fundiertheit des medizinischen Handelns, wenn

- allgemein anerkannte Regeln gar keine wissenschaftliche Grundlage haben. Um nur ein Beispiel zu nennen: Es wird immer wieder gesagt, daß man bei hohem Blutdruck salzarm essen soll; dafür aber gibt es keinerlei Belege. Nachgewiesen ist nur, daß Kurzzeitinterventionen mit akuter Kochsalzbelastung den Blutdruck steigern, aber das tun auch plötzliche körperliche Aktivitäten wie z.B. fünfzig Kniebeugen, die ja in der Regel nicht ungesund sind.

Man wird der zusammenfassenden Beurteilung von Robert G. Evans und Gregory L. Stoddart also schwerlich widersprechen können, daß es mit der Wissenschaftlichkeit der Medizin noch immer nicht weit her ist. Etwas feiner gesagt:

"... the more rigorous evaluation of the health care system itself has demonstrated that its practices are much more loosely connected with scientific or any other form of knowledge than the official rhetoric would suggest" (1994, 30).

Diesem Mangel nun doch noch abzuhelfen ist das Ziel einer selbstkritischen Bewegung, die das ärztliche Handeln unter dem Wegweiser "Evidence Based Medicine" (EBM) grundsätzlich auf wissenschaftliche Belege (evidence) zu stützen anstrebt (Sackett u.a. 1997/Porzolt u.a. 2003).

Zumindest die zweite Hälfte des 20. Jahrhunderts könnte im Rückblick aber doch schon das Goldene Zeitalter der medizinischen Profession gewesen sein. Denn

- die Ärzte, die nun immer mehr zu Medizineren wurden, konnten ihr Sozialprestige und ihre steigenden Einkommen auf ihre Naturwissenschaftlichkeit gründen, ohne diese wirklich einlösen zu müssen, und
- die durch die mit dieser Art von Wissenschaftlichkeit einhergehenden Kosten des technischen Fortschritts waren noch nicht so gestiegen, daß der medizinischen Praxis finanzielle Grenzen gesetzt werden mußten.

Beides ist nun vorbei. Die jetzt und in Zukunft praktizierenden Mediziner und Ärzte sind dadurch unter einen (auch administrativen) Rechtfertigungsdruck geraten, den eigentlich ihre Vorgänger zu verantworten gehabt hätten. Die Folge ist, daß viele die Freude an ihrem Beruf verlieren oder gar nicht erst finden.

Die eigentliche Krise liegt nach meinem Eindruck aber nicht in der Kostenexplosion, sondern in einer unnötigen Ausweitung medizinischer Leistungen. Daß "die Medikalisierung unseres Lebens ein unvertretbares Ausmaß erreicht hat", ist auch unter den Medizinern keine Einzelbewertung.

"Dies zeigt sich in weit überhöhten Ärztezahlen und überflüssigen Krankenhausbetten ebenso wie daran, dass mehr als 50 Prozent der Patienten in allgemeinärztlichen und internistischen Praxen unter offensichtlichen, körperlich nicht fassbaren Befindensstörungen leiden, aber dennoch ohne ausreichende Begründung einer folgenlosen, oftmals kostspieligen und risikoreichen medizinischen Diagnostik ausgesetzt werden. Jedoch in einer Zeit, in der das medizinisch Machbare systemsprengende Kräfte entfaltet, in der jede Störung des körperlichen und seelischen Befindens, wie zum Beispiel Angst, Depressivität, Schlaflosigkeit, Kopfschmerzen, Beziehungskonflikte und Essstörungen letztlich in die Zuständigkeit einer Medizin fallen, die zunehmend mit quasi religiösen Erlösungserwartungen überfrachtet wird, die zu erfüllen sie nicht ungerne akzeptiert, muss die Frage nach den genuinen Zielen und Aufgaben der Medizin neu gestellt werden" (Ridder/Dissmann, SZ 27./28. Mai 2000).

Dieser Empfehlung kann ich nur zustimmen.

### 3 Wege aus der Krise der Medizin

Es gibt zwei Auswege aus der Krise unseres — zu einem ausweglosen Krankheitswesen ausgeferteten — Gesundheitswesens. Beide versprechen ihre Erfolge erst im Verlauf von Jahrzehnten, aber wenn damit nicht so bald wie irgend möglich begonnen wird, dauert es noch länger. Der eine Weg ist auf den immanenten Wandel des jetzigen Medizinsystems gerichtet, der zweite dient seiner Entlastung von außen her, d.h. auf nicht-medizinische Weise.

(1) Der Ausgangspunkt des medizin-immanenten Wegs ist die Erinnerung, daß das Ziel des ärztlichen Handelns primär die Erhaltung der Gesundheit und nur sekundär die Heilung von Krankheiten ist. Darauf sind die real existierenden Mediziner aber nicht vorbereitet, denn vom Gesundbleiben verstehen sie kaum mehr, als daß man sich genügend bewegen und gesund ernähren soll. Tatsächlich dient die heutige Medizin im wesentlichen der Anpassung an ungesunde Lebensstile. Ein typisches Beispiel sind die Cholesterinsenker. Auch die meisten Patienten aber erwarten von den Medizinern, daß sie ein vermeintlich angenehmes oder wirtschaftlich für notwendig gehaltenes, jedenfalls aber ungesundes Leben medizinisch kompensieren. Es hat also wohl noch gute Weile, bis

- aus Medizinern primär Gesundheitsberater werden, welche ihre Klienten in ihrem wirklichen Leben wahrnehmen und sie nicht nur so sehen, wie sie in Praxen oder Krankenhäusern auf Gegenstände der Medizin reduziert worden sind;
- aus Patienten, die nur einen Körper zu haben statt Leib zu sein meinen und gesund gemacht werden wollen, Klienten werden, die gesund bleiben wollen und sich dazu im persönlichen Gespräch mit verständigen Ärzten auch in ihr Leben hineinreden lassen.

Ein Anfang, durch den aus Medizinern wieder Ärzte und aus Medizinkonsumenten gesundheitlich mündige Bürger würden, kann immerhin dadurch gemacht werden, daß einzelne Krankenkassen der-

artige Experimente zulassen. Die Beiträge für die beteiligten Freiwilligen könnten wohl alsbald wesentlich gesenkt werden.

Ich nehme an, daß der heutige Aufwand an medizinischen Leistungen etwa um ein Drittel zu vermindern wäre, wenn aus dem derzeitigen Krankheitswesen (wieder) ein Gesundheitswesen würde. Ein weiteres Drittel dürfte künftigen Ärzten als Gesundheitsberatern überlassen bleiben, worauf die Komplementärmediziner einstweilen wohl besser eingerichtet sind als ihre konventionellen Kollegen. Das letzte Drittel könnte etwa so weiterarbeiten wie bisher, wenn berücksichtigt würde, daß letztlich alle Krankheiten mehr oder weniger psychosomatisch sind und die Balkanisierung der Medizin in fachärztliche Kompetenzen überwunden würde. Dies wäre dann wohl wieder ein Gesundheitswesen im eigentlichen Sinn des Worts.

(2) Der zweite, ebenfalls nur längerfristig wirksame Ausweg aus der Krise der Medizin beginnt wiederum mit der Erinnerung an eine zumindest für das allgemeine Bewußtsein in Vergessenheit geratene Tatsache. In vielen deutschen Städten gibt es Virchowstraßen, besonders in den Klinikvierteln. Sogar die meisten Ärzte aber wissen nicht mehr, von den Anwohnern und Passanten ganz zu schweigen, welche Lebenserfahrung den jungen Arzt Rudolf Virchow (1821-1902) am stärksten geprägt und auf seinen späteren Lebensweg gebracht hat. Es war die Erfahrung, als er sich im Frühjahr 1848 als Mitglied einer kleinen preußischen Delegation ein Bild von der in Oberschlesien ausgebrochenen Typhusepidemie machen sollte, daß diese Epidemie kein medizinisches, sondern ein politisches Problem war, nämlich die Folge der unsäglich schlechten, wirklich pathogenen Lebensverhältnisse in diesem ursprünglich polnischen Gebiet. Der preußische Beamte Virchow schrieb und publizierte darüber einen Bericht, in dem er Preußen — damals immer noch einer der modernsten Staaten in Europa — ein Staatsversagen attestierte. Die Lehre, die Virchow aus dieser Erfahrung gezogen hat und an die wir uns meines Erachtens erinnern sollten, war: Gesundheit und Krankheit sind nicht allein medizinische Aufgaben, manchmal sind sie sogar im wesentlichen nicht-medizinische Aufgaben. Oder, wie Virchow später sagte: Medizin ist Politik im Kleinen, Politik ist Medizin im Großen.

Tatsächlich hatten die gesundheitlichen Fortschritte im 19. Jahrhundert nur wenig mit der ärztlichen Versorgung zu tun. Auch die aufkommende naturwissenschaftliche Medizin spielte dafür so gut wie keine Rolle, sondern es waren im wesentlichen hygienische Fortschritte — bei der Geburtshilfe, in der Wasserversorgung und Kanalisation, in den Wohnverhältnissen etc. —, welche die Lebenserwartung nach dem Einbruch durch die Industrialisierung nun wirklich erhöhten.

Daß die gesundheitlichen Verhältnisse nur teilweise durch die medizinische Versorgung bedingt sind, gilt auch noch für das 20. Jahrhundert. Beispielsweise hat McKeown gezeigt, daß die Sterblichkeit an Herzkrankheiten längst durch gesündere Lebens- und Ernährungsbedingungen rückläufig war, als die neuen Operationstechniken (Bypässe etc.) hier noch einen zusätzlichen Gewinn brachten. Auch für die Zukunft sieht es so aus, daß gesundheitliche Verbesserungen mehr durch gesellschaftlichen als durch medizinischen Aufwand zu erreichen sind.

Wegweisende Studien hierzu stammen von Michael Marmot und seinen Mitarbeitern (1978/2004). Untersucht wurden die Krankheits- und Sterbewahrscheinlichkeiten der britischen Beamten in den Regierungsbehörden, die in dem Londoner Stadtteil Whitehall angesiedelt sind, und zwar in Abhängigkeit von der Stellung des Einzelnen in der Hierarchie. Das Ergebnis war — ziemlich unabhängig von der Art der Erkrankungen — ein Häufigkeitsunterschied um einen Faktor 3-4 von oben nach unten, d.h. die leitenden Beamten waren wesentlich gesünder als ihre Mitarbeiter. Die Zunahme



von oben nach unten verteilte sich ziemlich gleichmäßig. Die naheliegende Vermutung, daß die Untergebenen wegen ihres geringeren Verdienstes ungesünder wohnen und essen, z.B. nicht in Naturkostläden einkaufen sowie mehr rauchen etc., ergab, daß durch derartige Unterschiede nur etwa ein Faktor eineinhalb zu erklären war. Als pathogen erwiesen sich also in diesem Fall vor allem die Unterschiede in der Hierarchie selbst, und zwar vor allem zwei Charaktere dieser säkularen Hierarchie:

- (1) die größere Anerkennung der Leitenden bzw. die immer geringere Anerkennung nach unten hin, wobei die gesellschaftliche Anerkennung und das Selbstbewußtsein eine viel größere Rolle spielen als die Höhe der Gehälter;
- (2) die zu großen oder meistens zu kleinen Kreativitätsspielräume der unteren Ränge und die mit der Kontrollorientierung verbundenen Ängste, es den Vorgesetzten nicht recht zu machen.

Anerkennung und Kreativität hängen natürlich zusammen, denn zur Selbstachtung gehört, daß man seine Sache gut macht, und dazu gehört ein — persönlich geprägtes, aber grundsätzlich nötiges — Maß an intrinsischer Motivation. Dieses wiederum hängt davon ab, wie weit man sich mit der eigenen Tätigkeit als sinnvoll (Viktor Frankl) identifizieren kann. Es gibt nichts Gesünderes als ein sinnvolles Dasein, und ein gesunder Mensch wird nicht krank, wie die Naturheilkundigen sagen.

Als ich von den Marmot'schen Untersuchungen zum ersten Mal hörte, dachte ich: Wenn das *so* ist — wozu die ganze Medizin? Dann ändern wir doch erstmal die Arbeitsverhältnisse! Natürlich wird nicht die 'ganze' Medizin durch diese — und viele gleichlaufende — Ergebnisse in Frage gestellt, aber es geht ja auch nicht nur um die Arbeitsverhältnisse. Insbesondere hat sich gezeigt, daß die Gesundheit der Menschen mit ihrem Bildungsniveau steigt und daß Morbidität wie Mortalität mit der Vereinsamung, insbesondere nach dem Tod des Partners, zunehmen. Etwas für die Bildung, vielleicht sogar etwas für die Spiritualität und gegen die Vereinsamung zu tun trägt also dazu bei, daß Menschen gar nicht erst krank werden, d.h. auch Bildungs- und Sozialausgaben dienen der Gesundheit. Ihr Beitrag zum Gesundheitswesen wird gewöhnlich gar nicht wahrgenommen, weil die meisten Menschen nur im Krankheitsfall an die Gesundheit denken.

Vergleicht man aber die staatlichen Ausgaben für Bildung ("Unterrichtswesen") und Medizin ("Gesundheitswesen"), so zeigt sich, daß die Ersteren von 1970 bis zum Ende der 90'er Jahre von etwa 10% auf etwa 8% gesunken, die Letzteren hingegen von ebenfalls etwa 10% auf über 12% gestiegen sind. Das heißt: 1970 wurde etwa gleichviel für Bildung und Medizin ausgegeben, Ende des Jahrhunderts hingegen eineinhalbmal so viel für Medizin wie für Bildung. Da aber auch die Bildung zur Gesundheit beiträgt, wären die Kosten der Medizin wohl nicht so stark angestiegen, wenn man an der Bildung nicht so stark gespart hätte. Umgekehrt glaube ich, daß es besser für die Gesundheit wäre, wenn dem Krankheitswesen mit der Zeit etliche Milliarden weggenommen und zugunsten des Gesundheitswesens dem Bildungssystem zugeführt würden. Dasselbe dürfte für die Sozialausgaben gelten.

Die Öffentlichkeit weiß von dem allen noch weniger als die Mediziner und meint, wenn die Menschen an Krebs- oder Herzkrankheiten sterben, müßte dagegen medizinisch etwas getan werden. Das aber ist ein Irrtum. Wahrscheinlich sterben viel mehr Menschen an Einsamkeit als an Krebs (vgl. Ornish 1998). Ein künftiges Gesundheitswesen ist im wesentlichen keine medizinische Aufgabe. Die Grenzen der Medizin sind erreicht.

## Literatur

- Evans, Robert G./Stoddart, Gregory L.: Producing Health, Consuming Health Care. In: Why Are Some People Healthy and Others Not? The Determinants of Health of Population. Hrsg. von Evans, R.G./Barer, Morris L./Marmor, Theodore R. New York (Aldine De Gruyter) 1994, S. 27-64.
- Marmot, Michael G./Adelstein, A.M./Robinson, N./Rose, G.: The Changing Social Class Distribution in Heart Disease. In: British Medical Journal, Bd. 2, 1978, S. 1109-1112.
- Marmot, Michael: Status Syndrome. How Your Social Standing Directly Affects Your Health and Life Expectancy [2004]. London (Bloomsbury) 2005, 311 S.
- Ornish, Dean: Die revolutionäre Therapie: Heilen mit Liebe. Krankheiten ohne Medikamente überwinden [1998]. München (Mosaik bei Goldmann) 2001, 320 S.
- Porter, Roy: The Greatest Benefit to Mankind. A Medical History of Humanity [1997]. New York/London (Norton) 1999, xvi, 831 S.
- Porzolt, Franz/Williams, Arthur R./Kaplan, Robert M.: Klinische Ökonomik. Effektivität & Effizienz von Gesundheitsleistungen. Landsberg/Lech (ecomed) 2003, 372 S.
- Ridder, Michael de/Dissmann, Wolfgang: Notfall Medizin. In: Süddeutsche Zeitung, 27./28. Mai 2000.
- Sackett, David L. u.a.: Evidence-Based Medicine. How to Practice and Teach EBM [1997]. Edinburgh u.a (Churchill Livingstone) 2000, xiv, 261 S.
- Sigerist, Henry E.: Mens sana in corpore sano. Das Gesundheitsideal im Wandel der Jahrhunderte. Stuttgart (Hippokrates-Verlag) 1952, 64 S.
- Volz, Robert Wilhelm: Der ärztliche Beruf. In: Sammlung gemeinverständlicher wissenschaftlicher Vorträge, hrsg. von Rudolf Virchow und Fr. von Heltzendorff, V. Serie, Heft 97-120. Berlin (Lüderitz'sche Verlagsbuchhandlung) 1870, 47 S.

Anmerkung:

Weitere Literaturangaben und Nachweiseerscheinen in:

Meyer-Abich, Klaus Michael: Philosophie der Medizin. München (Verlag Carl Hanser), voraussichtlich 2008/09.