

Gesundheit zwischen Anspruch und Realität – aus der Sicht des Internistischen Onkologen

Volker Diehl

Der Begriff Gesundheit entzieht sich nicht nur unserer präzisen Definition, sondern er wird sich auch mit der alternierenden Gesellschaft immer wieder verändern je nach dem Alter der Gruppe, die ihn zu definieren trachtet.

Als ein analoges Beispiel sei die Knochenmarktransplantation bei Patienten mit Leukämien und Lymphomen genannt: Mit steigendem Alter der Transplanteure stieg auch kontinuierlich die Altersgrenze der Patienten, die dieser lebensgefährdenden, aber in vielen Fällen heilsamen Methode unterzogen wurden. Das heißt, dass wir mit der Erfahrung der eigenen Belastbarkeit in höherem Alter auch bereit sind, eine höhere Toleranzgrenze oder vielleicht auch eine andere, altersadjustierte Gesundheit zuzubilligen. Die Begriffsdefinitionen von Gesundheit werden sich in einer biologisch immer älter werdenden, seelisch und geistig sich aber weit jünger fühlenden zukünftigen Gesellschaft nach den Befindlichkeiten der jeweiligen Meinungsbildner richten.

Zunächst möchte ich einige Beispiele über Anspruch und Realität aus meiner Erfahrung als Internist nennen.

Gibt es einen Anspruch auf Gesundheit?

Viele Menschen gehen mit ihrem Körper um, wie mit ihrem Auto: wenn ihr Körper funktioniert, pflegen sie ihn vielleicht ab und zu, nehmen ihn ansonsten aber eher selten bewusst wahr. Meldet sich ein Organ, tut es irgendwo weh oder knarrt ein Gelenk, so bringen sie ihren Körper zum Arzt wie ihr Auto in die Werkstatt und erwarten, dass sie für ihre regelmäßig gezahlten Krankenkassenbeiträge nun auch eine fachmännisch ausgeführte Reparatur ihres geschädigten Körpers erhalten. Ärzte und Pflegepersonal werden zu Dienstleistern, die dem Patienten Gesundheit schulden. Man geht zum jährlichen ärztlichen Check-up wie zum fälligen TÜV-Termin.

Gibt es einen Anspruch auf Krankheit?

Vor noch gar nicht langer Zeit kam es vor, dass „man sich seine Krankheit nahm“, „krank feierte“ und vom Arzt verlangte „krank geschrieben“ zu werden.

Heute, wo viele Menschen um ihren Arbeitsplatz bangen, muss der Arzt eher darauf dringen, dass der Patient sich eine „Auszeit“ nimmt, damit größerer Schaden vermieden wird.

Wie im Beitrag von Edzard Schmidt-Jortzig dargelegt, gibt es weder ein Recht auf Gesundheit noch auf Krankheit, eher auf Maßnahmen, die auf dem Weg zur Erhaltung der Gesundheit oder zur Verhütung der Krankheit zu verfolgen sind.

Gibt es überhaupt gesunde Menschen?

Und wie sind die Grenzen der Gesundheit definiert? Gibt es absolute Kriterien, Standards? Absolute humane Normalwerte?

Hierzu einige Beispiele:

Diagnostik

Mit zunehmend verfeinerten Methoden der Diagnostik wird erkannt, dass jeder Mensch in irgendeinem Parameter von der idealen „Norm“ abweicht, mag er sich noch so gesund „fühlen“. Viele Patienten fordern quasi eine Serie von häufig sehr teuren bildgebenden und aufwändigen Laborverfahren bis endlich ein Ergebnis sich als grenzwertig pathologisch erweist und sie den gewünschten Krankheitswert erfahren.

Dies sind keine Ausnahmen, der oder häufiger die psychosomatisch belastete Patient/in will eher objektivierbare pathologische Befunde als sich einer psychologischen oder gar psychiatrischen Untersuchung oder Analyse zu unterziehen. „Ich habe doch keine Meise, ich bin doch völlig normal, meine Müdigkeit beruht auf einem chronischen Epstein-Barr-Virusinfekt und nicht auf einer Macke“, haben mir viele junge Frauen wütend entgegenschleudert, die nicht zu einem Psychologen gehen wollten, obwohl die Diagnose des „Chronischen Müdigkeitssyndroms“ eher in den psychologisch-psychiatrischen Bereich hineingehört!

Jeder Mensch hat seine individuelle Toleranz-, Frustrations- und Leidensschwelle:

Das Wort *Patient* kommt von *patiens*, leidend, erleidend, ertragend, auch geduldig: Es bedeutet aber nicht, dass diese Schwelle bei allen Menschen gleich hoch ist. Manche Menschen fühlen sich kerngesund und sind doch sterbenskrank: Lebermetastasen eines Dickdarmtumors machen häufig keinerlei Beschwerden, obwohl der „subjektiv gesunde Mensch“ schon ein todgeweihter „Patient“ ist. Oft wird eine Leukämie bei einem „scheinbar Gesunden“ erst dann erkannt, wenn schon 1 kg Tumor sich im Knochenmark breit gemacht hat, die normale Blutbildung dann innerhalb von Tagen zusammenbricht und der Patient keinerlei Chance mehr auf Heilung hat.

Andererseits fühlen sich „objektiv“ Gesunde sterbenskrank, obwohl bei ihnen keinerlei laborchemisch oder organ-morphologisch pathologische Parameter gefunden werden. Sie wechseln von einem Arzt zum anderen, bis einer eine Diagnose findet oder sogar erfindet, mit der der Patient sein Leidensbedürfnis befriedigen kann. Häufig dient dies als Kompensation für eine tiefergehende seelische Verletzung, einen unerledigten Schuldkomplex oder als Flucht vor einer zu schweren Aufgabe!

Krebspatienten können sich noch Jahre nach ihrer erfolgreichen Therapie „krank“ fühlen, obwohl der Arzt keine Krankheitszeichen mehr erkennen kann. Es bedarf dringend einer Klärung, was in dieser Situation „bedingtes“ oder „unbedingtes“ Gesundsein oder „subjektives“ oder „objektives“ Kranksein bedeuten.

Therapie

Welches sind die Kriterien, wann ich als Internist eine Therapie beginnen muss: dann, wenn irreparabler organischer Schaden verhindert werden muss oder dann, wenn sich ein unausgelasteter Wohlstandsbürger nicht mehr wohl fühlt in seiner oder ihrer Haut und glaubt, die von seiner/ihrer Umgebung geforderten Leistungen wegen altersbedingter Einschränkungen nicht mehr erfüllen zu können und Hormone, Aufbauspritzen und Wellnesskuren von seinem/ihrer Arzt verschrieben haben will?

Muss ich als Kardiologe den Stent der linken Kranzarterie des Herzens zum dritten Mal einsetzen, auch wenn ich weiß, dass er wieder nur sechs Wochen offen bleibt? Muss ich einem 85-jährigen polymorbiden Patienten noch einen Herzkatheter schieben oder einen Bypass anlegen lassen?

Viele Menschen verstehen unter Gesundheit maximale physische und geistige Leistungsfähigkeit auf dem Niveau eines Dreißigjährigen, volle Genuss-, Reise- und sexuelle Erlebnisfähigkeit bei uneingeschränkter Inanspruchnahme von gastronomischen Angeboten und möglichst keinen Beschränkungen von Genussmitteln wie Alkohol oder Tabak.

In ihrer Vorstellung hat der Arzt die Aufgabe, die Organe und ihre Funktionen durch regelmäßige „Check-ups“ zu kontrollieren und entsprechende Pharmaka wie Cholesterinsenker, Schlankheitspillen, Antidepressiva oder Hormone zu verordnen, sich bitte aber zurückzuhalten mit unerträglichen und sowieso nicht erfüllbaren moralischen Aufrufen zu ein bisschen mehr Askese, körperlicher Bewegung, Maßhalten mit Arbeit und nicht mehr altersentsprechenden sportlichen Betätigungen, die man zwar mit 30 Jahren noch mit Freude leisten konnte, aber mit 60 Jahren zu Muskelriss, Kniegelenksarthrose und Bandscheibenvorfall führen würden! Die Gefahr eines drohenden Herz-

infarktes weist dieser hyperaktive Alpha-Typ, ein übergewichtiger Raucher in der Blüte seiner Mittsechziger Jahre, sowieso weit von sich, er hat ja gerade eine Coronarangiographie mit Ballondilatation und nachfolgender Stenteinlage in der rechten Kranzarterie hinter sich gebracht und fühlt sich daher für die angesprochenen, seine Lebensqualität wesentlich bestimmenden Aktivitäten wieder völlig in der Lage.

Diese sicher nur rudimentäre Aufzählung einer Reihe von erlebten Beispielen zeigt deutlich, wie relativ dünn die Membran zwischen Gesundheit und Krankheit ist und in welchem Spannungsfeld der Arzt zwischen Anspruch des Patienten und der Realität des täglichen Praxis- oder Klinikalltags steht. Wir erleben aber auch wie zerbrechlich unsere Gesundheit ist. Im Grunde ist es ein Wunder, dass wir zumeist trotzdem über lange Zeiträume fröhlich und unbeschwert leben. Solange der Körper funktioniert, nehmen wir ihn kaum wahr. Erst wenn die Grillen im Sommer nicht mehr zirpen, erfahren wir schmerzlich, dass wir taub werden. Erst wenn die Leberwerte bedrohlich steigen und die Leber beginnt ihre Funktion einzustellen, schränken wir unseren Alkoholkonsum ein. Und immer erwarten wir, dass die Medizin schon alles wieder richten wird. Wir erwarten eine „Gesundheitsreform“, aber wollen nichts wissen von einer „Verhaltens- oder Lebensstilreform“.

Die eben angesprochene Haltung der absoluten Dominanz der Körperlichkeit, des uneingeschränkten Hedonismus und der erwarteten ungestörten Lebensfreude sowie des Genusses – und das möglichst sofort – als bestimmende Lebensphilosophie wird aber häufig unterschwellig getrübt von einer depressiven Grundhaltung, vor allem auch vieler junger Menschen, die sagen: „Ich werde ja sowieso nicht alt ...“ Ungetrübt ist aber meistens der Anspruch an die Allmacht der modernen Medizin durch Aussagen und Thesen von sogenannten „Leibphilosophen“.

In ihrer Festrede „Heilen im Dritten Jahrtausend“ zur Eröffnung der größten Gesundheitsmesse Europas, der MEDICA in Düsseldorf am 21. November 2001, führte Annet Stopczyk, eine erklärte „Leibphilosophin“ aus: „Bei uns im Westen wird davon gesprochen, dass es ein neues Körperbewusstsein gäbe. Die Menschen befassen sich nicht erst dann bewusst mit ihrem Wohlbefinden, wenn sie krank sind, sondern sie versuchen vorher ihr Gesundsein zu steigern und zu genießen. Das, was manche noch für eine Modeerscheinung halten, dass jeder dritte Erwachsene irgendeine bewusste Körperübung im Alltag anwendet, sei es ein Sport, Fitness, Wellness, Yoga, Meditation, bewusstes Atmen, wird sich als eine der Grundlagen zur neueren selbstbewussteren und auch individuelleren Lebensauffassung entpuppen. Wir genießen unser körperlich-leibliches Sein. Wir wollen nicht nur frei von Krankheit und Leiden sein, wir wollen unser Gesundsein auch bewusst und lange genießen können. Anti-Aging ist die Devise.“

Später fährt sie fort: „Dabei brauchen wir einen ungebrochenen Heilenswillen in den Heilberufen! Wer als Heilberufler aufgibt zu heilen, wer resigniert angesichts politischer Ungereimtheiten und wirtschaftlicher Unsicherheiten verletzt den Lebenswillen erkrankter Menschen und missbraucht ihr Vertrauen. Vielmehr sollte der Wille zu heilen kreativ machen und Innovationen auf dem Gesundheitsmarkt erzeugen. Von diesem Markt erwarten sich Zukunftsforscher in den nächsten Konjunkturwellen den größten Zuwachs.“¹

Ein durch Werbung angeheizter, privat finanzierter Gesundheitsmarkt auf der einen, sowie eine durch immer größeren Einsparungszwang beengte Medizin auf der anderen Seite und dazwischen Heilberufler mit immer weiter und schneller schwindenden Idealen – wohin soll das führen?

Der allen vertraute Dialog: „Wie geht's?“ – „Ach, Hauptsache gesund!“ zeigt den hohen Stellenwert an, den

Gesundheit in unserem Bewusstsein einnimmt. Wir sollten sie uns auch etwas kosten lassen, wenn Anspruch und Realität zur Deckung gebracht werden sollen.

Die modernen molekularbiologischen und genetischen Methoden und Techniken ermöglichen uns verfeinerte und frühere Diagnosen und maßgeschneiderte Therapien, die in allernächster Zeit gezielt Moleküle der Tumorzellen angreifen, die für den malignen Entartungsprozess verantwortlich sind. Dank dieser Errungenschaften und mit Hilfe hochspezialisierter Operations- und Bestrahlungstechniken können wir heute z. B. mehr als 50 Prozent aller Tumorpatienten heilen. Einige jedoch erleben einen meist tödlichen Rückfall ihrer Erkrankung oder erleiden eine therapie-induzierte zweite Tumor-Erkrankung und erfahren in jedem Fall die zum Teil ihr Leben gefährdend toxischen Nebenwirkungen der Chemo-Radiotherapie oder die Folgen einer funktionseinschränkenden Operation, die Folgeerkrankungen hinterlassen, welche wiederum behandelt werden müssen und Kosten verursachen.

Wie aber sieht die ökonomische Realität aus? Eine Chemotherapie kostet etwa 35–40.000 €, eine Knochenmarkstransplantation 90 – 120.000 €.

Wir haben heute die Kenntnisse und auch die Medikamente, z. B. chronisch kranke Menschen wie Aids- oder Rheuma-Patienten über viele Jahre *am* und meistens auch *im* Leben zu erhalten. Wir können mit ausgefeilter Diagnostik und Therapie dem Leben vieler Menschen einige Jahre hinzufügen, jedoch steigen die Kosten dafür allmählich ins Unermessliche. Die letzten fünf Jahre unseres Lebens sind die teuersten. In England werden bei den meisten Menschen, die über 60 Jahre alt sind, die Möglichkeiten der modernen Medizin nicht mehr voll ausgeschöpft. In Deutschland werden Patienten mit kostenintensiven Therapien von manchen Krankenhäusern abgelehnt. Viele Arztpraxen spezialisieren sich auf Be-

handlungen, die von den Patienten privat oder von den Kassen problemlos bezahlt werden. Rutschen wir langsam in eine Zweiklassenmedizin oder sind wir bereits da? Streben wir einer staatlich verordneten Rationierung im Gesundheitswesen zu?

In den Krankenhäusern werden Kosten auch dadurch gesenkt, dass am Personal gespart wird. Die Patienten stoßen auf gehetzte und überforderte Ärzte und Schwestern, die sich kaum Zeit für sie nehmen können und zudem noch durch sich immer mehr ausweitende bürokratische Anforderungen der auf uns zukommenden Fallpauschalenregelung an der Ausübung ihrer eigentlichen Aufgaben gehindert werden. Das Urteil des Europäischen Gerichtshofes zu den Bereitschaftsdiensten wird diese Situation noch verschärfen und die Flucht der jungen Mediziner aus der Medizin noch beschleunigen! Von 100 jungen Medizinerinnen nach dem Examen gingen in Köln im vorigen Jahr weniger als die Hälfte in den Arztberuf, der Rest suchte sich eine andere Betätigung in Industrie, Journalismus, EDV oder ging ins Ausland.

Abschließend seien zwei Beispiele beschrieben aus meiner Erfahrung von Anspruch und Wirklichkeit als Arzt, der sich über 30 Jahre intensiv täglich mit schwerst kranken und sterbenden Krebs- und Aids-Patienten beschäftigt hat, und der sich nicht so oft fragen musste, wo die Grenze der Gesundheit liegt, sondern wo ein Ende der Krankheit, des Leides, die Grenze des Zumutbaren dessen erreicht ist, was uns der Herrgott zumutet. Auch wenn er es vielleicht nicht schickt, so lässt er zumindest aber zu, dass Menschen an die Grenze ihrer Fähigkeit kommen noch mehr Leid, Schmerzen, Demütigung, Entpersönlichung und noch mehr Schicksalsschläge zu ertragen!

Diese Beispiele sollen zeigen, wie die Erwartungen der Patienten und die Möglichkeiten der Medizin zur Deckung gebracht werden können und unsere ärztlichen, seelsorger-

lichen und pflegerischen Bemühungen trotz aller angesprochenen Schwierigkeiten zu unterschiedlichen Zielen führen können:

Herr A., ein 56-jähriger Mann aus Köln, der vor drei Jahren seine Frau durch einen Brustkrebs verloren hat, bricht vor drei Monaten mit seinem Freund, einem Hochseesegler, nach Australien auf, um von dort zu einer Weltumsegelung zu starten.

Auf dem Segelboot, im Hafen von Sydney, bemerkt er nach einem Mückenstich eine mehr als handtellergroße Rötung auf dem rechten Oberschenkel, die zu schmerzen beginnt und sich bedrohlich vergrößert. Er sucht einen Arzt auf, der anlässlich eines Blutbildes eine massive Erniedrigung der weißen und roten Blutkörperchen und der Blutplättchen feststellt. Es wird eine Akute Myeloische Leukämie diagnostiziert, der Patient wird mit dem Flugrettungsdienst nach Köln geflogen und in der Klinik für Innere Medizin der Universität zu Köln aufgenommen.

Er ist zu diesem Zeitpunkt in einem reduzierten Allgemeinzustand, hat Temperaturen bis 40°C, Schüttelfrost und beginnende Hautblutungen. Er erhält die übliche aggressive Chemotherapie mit supportivem Blutzellersatz, geht durch alle Qualen einer Phase ohne eigene Blutbildung und damit ohne Abwehrkräfte, er erleidet eine Blutvergiftung und lebensbedrohende Pneumonien, hat schwerste, unstillbare blutige Durchfälle und wird mehrfach zur akuten Überbrückung der lebensgefährlichen Infektionen und metabolischen Entgleisungen auf der Intensivstation aufgenommen – und schafft es jedes Mal überraschend schnell wieder zum Leben zurückzukehren.

Gegenüber seinem Bett hängt eine große Aufnahme des Nanga Parbat-Massivs, das er noch besteigen will. Trotz seines stark reduzierten Körper- und Kräftezustandes fährt er täglich zehn Minuten auf dem Trimm-dich-Rad und läuft eine viertel Stunde auf dem Laufband.

Er ist jetzt in einer kompletten Remission (d. h. völliges Verschwinden der Tumorzellen im Knochenmark und im peripheren Blut und Wiederherstellung der normalen peripheren Blutelemente). Er wird noch für ein halbes Jahr eine Erhaltungstherapie erhalten und wird mit einer Wahrscheinlichkeit von 20 – 40 Prozent vielleicht doch noch die Welt umsegeln können. Unter Einsatz gewaltiger Kosten und aller Möglichkeiten der heutigen Therapie konnte er vor dem baldigen sicheren Tod bewahrt und konnten seinem Leben einige Jahre hinzugefügt werden.

Der Patient B., der 32-jährige Leiter eines Kölner Reisebüros, liegt mit der Diagnose Akute Lymphatische Leukämie nach 1½-jähriger zunächst erfolgreicher Therapie im Sterben und äußert dem Seelsorger und mir gegenüber den Wunsch noch einmal nach Shanghai fliegen zu können. Er hätte sich das schon immer gewünscht und möchte sich diesen Wunsch jetzt, da er ja sicher nicht mehr allzu viel Zeit hätte, doch gern noch erfüllen. Wir verstanden, dass er sich auf die letzte große Reise begeben wollte, ließen bei seinem Reisebüro ein Flugticket nach Shanghai ausstellen und haben es ihm feierlich übergeben. Überglücklich ging er damit für einige Stunden nach Hause. Am gleichen Abend kam er zufrieden lächelnd, aber am Ende seiner Kräfte, wieder zu uns auf die Station, brachte eine Flasche des besten Mouton Rotweins mit, trank sie mit uns mit großem Behagen und dankte uns, dass wir ihm geholfen hätten sich seinen größten Wunsch zu erfüllen. Er schlief am späten Abend friedlich ein und wachte nicht mehr auf.

In den anderen Beiträgen dieses Buches ist mehrmals von „Salutogenese“ die Rede, ein Begriff, der Anfang des letzten Jahrhunderts von Antonovski geprägt wurde. Obwohl er vielfach sinnentstellend angewendet wird und auch häufig missverstanden wird, übt er aber auf Patienten eine große Faszination aus, weil er ihnen einen Weg auf-

zeigt, den sie gerne bereit sind zu gehen: nämlich die eigene Kraft und den absoluten Gesundheitswillen einzusetzen auf dem Weg zur Heilung, manchmal sogar zum Heil. Der Patient fragt mich oft: „Herr Doktor, und was kann ich dazu tun, dass ich wieder gesund werde?“

Die meisten Ärzte sind jedoch noch tief verhaftet in der Virchowschen Lehre von der Pathogenese, die Krankheiten und deren Ursachen, aber nicht Gesundheit oder den Weg dorthin begreift.

In dieser Spannung und Hilf-, Sprach- und Verständnislosigkeit der Ärzte liegt eines der größten Probleme des klaffenden Anspruches des Patienten nach Heilung oder sogar nach Heil und dem wortlosen Unverständnis vieler Ärzte mit dem „inneren Arzt im Patienten“ einen verständnisvollen und weiterbringenden Dialog zu beginnen. Und deswegen laufen etwa 80 Prozent der Krebspatienten zu Heilpraktikern oder nehmen wirkungslose, aber sehr teure alternative Medikamente.

Unsere größte Aufgabe als Hochschullehrer und erfahrene ältere Ärzte sehe ich darin, unsere jungen Mediziner dazu fähig zu machen, diesen Dialog mit dem „Arzt im Patienten“ verständnisvoll aufzunehmen.

Anmerkung

¹ Stopczyk, *Annegret*: Heilen im Dritten Jahrtausend – Tabus und Visionen. Eröffnungsvortrag Medica Düsseldorf, 21. November 2001. <http://www.stopczyk-philosophie.de>.