

Medizin und Wissensgesellschaft – zur Debatte um eine adäquate Gesundheitspolitik

Josef W. Egger

Es heißt: *Alle fünf Jahre erneuert sich das Wissen in der Medizin!* Dass dies ein ausgemachter Unsinn ist, vermag man erst zu erkennen, wenn man über Jahrzehnte auch die modischen Erscheinungen im wissenschaftlichen Betrieb in ihren Zyklen, Kreis- und Spiralbewegungen aus einer Hochsitzperspektive betrachtet. Was Bestand hat, ist die philosophische Erkenntnis, dass es für die Bewertung jedes (anscheinend oder tatsächlich) Neuen eine möglichst breite Beurteilungsbasis braucht, aus der heraus man erst etwas als *neu*, als Erweiterung oder eben als „alter Wein in neuen Schläuchen“ erkennen kann. Durch eine unangebrachte Hektik im Wissenschaftsbetrieb gehen solche Einsichten anscheinend mehr und mehr verloren, Erfahrung zählt weniger als die Produktion von scheinbar Neuem. Aber jenseits des hysterischen bzw. manischen Getriebes der zeitgeistigen wissenschaftlichen Moden, die uns weismachen wollen, dass nur das Neue zählt, erkennt der durch die Erfahrung geschärfte Geist, dass nur wenig von diesem so genannten Neuen auch tatsächlich neu im Sinne eines echten Erkenntnisgewinns ist. Das Erobern von neuen Erkenntnissen ist nämlich ein langsamer und mühsamer Prozess, der so gar nicht Schritt halten will und kann mit dem wahnsinnigen Getümmel akademischer Karrieren. Der unaufhaltsame Produktionsdruck bedeutet einen Verlust an Wertmessung für das Fundamentale jeden Urteilens, nämlich ausreichende spezifische Erfahrung und inhaltliche Übersicht.

In einem kritischen Beitrag zur Gesundheitsforschung berichtet Kugler (2013) über ein Expertenmeeting zum Thema „Welche Forschung braucht unsere Gesellschaft?“ über die Defizite in unserem Land, wenn es darum geht, Einflussfaktoren mit zu berücksichtigen, die über die Grenzen der Medizin hinausreichen:

„Dass medizinische Forschung und die Entwicklung innovativer Diagnose- und Therapieverfahren wichtig sind, bestreitet niemand. Allerdings ist das nicht einmal die halbe Miete, wenn es um die Verbesserung der Gesundheit in einer Gesellschaft geht. *Auch mit einer noch so guten Medizin wird man das Krankheitsgeschehen einer Bevölkerung – die ‚burden of disease‘ – nicht reduzieren können*, ist Wolfgang Dür, Direktor des *Ludwig Boltzmann Instituts für Health Promotion Research*, überzeugt und nennt drei Beispiele dafür: Je älter die Menschen werden, umso mehr leiden an Krebs; der wissenschaftliche Fortschritt führt dazu, dass es auch immer mehr Krankheiten gibt; das

Wachsen der Versorgungssysteme bewirkt, dass mehr Diagnosen gestellt werden.

Ergo: Man braucht viel mehr Forschung, die weit über die Medizin im engeren Sinn hinausgeht. Der Schweizer Gesundheitsforscher Georg Bauer (Uni und ETH) brachte dafür einen drastischen Vergleich: *Wir investieren alles Geld in das Herausziehen und das Reanimieren eines Menschen, der in einen Fluss gefallen ist; wir schauen uns aber nicht an, warum jemand in den Fluss fällt*. In den OECD-Ländern würden 98 Prozent der Gesundheitsausgaben für die Krankheitsversorgung aufgewendet und nur zwei Prozent für die Prävention; bei der Forschung ist das Verhältnis noch krasser. Dabei werde völlig vergessen, dass Gesundheit nicht nur ein individuelles, sondern auch *sehr stark* ein soziales Phänomen sei.

Bauer illustrierte das an seinem Spezialgebiet, der Erforschung von Stress und seinen Folgen: *Stress wird von den Betroffenen als kurzfristiges Phänomen erlebt, aber längerfristig hängt er von der sozialen Stellung ab*. Vor allem davon, wie in Organisationen mit Personen umgegangen wird. *Wenn Menschen einer hohen Belastung ausgesetzt sind, aber gleichzeitig viele Ressourcen zur Verfügung und Autonomie haben, dann gibt es weniger Burn-out-Fälle*. Oder anders formuliert: *Ein gutes Verhältnis zwischen Ressourcen und Belastung führt zu einer guten Gesundheit*.

Diesen Punkt betonte auch Dür: Es sei sehr wichtig, dass Organisationen die Gesundheitsfähigkeit der Menschen unterstützen. *Wir müssen stärker in die Lebens- und Arbeitsbedingungen hineinschauen*. Der Hauptfaktor dabei sei die soziale Ungleichheit innerhalb der Organisationen; eine Rolle spielten aber auch das Sozialkapital (wie Menschen miteinander umgehen) sowie die Beziehungsqualität. *Wir sollten Organisationen zeigen, mit welchen Prozessen sie den Menschen ein einigermaßen selbstbestimmtes Arbeiten ermöglichen können*. – *Darüber wissen wir viel zu wenig, hier ist noch viel Forschung notwendig*. Der Begriff der Gesundheitsfähigkeit (oder Gesundheitskompetenz: „health literacy“) ist in dieser Debatte zentral. Man weiß mittlerweile sehr genau, dass Bildung ein wesentlicher Bestimmungsfaktor für den Gesundheitszustand ist: Menschen mit wenig Gesundheitskompetenz betreiben seltener Vorsorge, erleiden häufiger Verschreibungs- und Behandlungsfehler und landen auch öfter im Krankenhaus.

Österreich schneidet bei diesem Punkt übrigens laut einer europaweiten Studie, an der das LBI für *Health Promotion Research* mitgewirkt hat, vergleichsweise schlecht ab – so verstehen 22 % der Österreicher nicht, was ihr Arzt ihnen sagt (vgl. Egger 2012); im EU-Durchschnitt sind es nur 15 %. *Bildung ist der beste Prädiktor für die Gesundheit, vor allem im Alter: Jedes Jahr Bildung reduziert die Mortalität um sechs bis sieben Prozent*, berichtet Bauer.

Auf eines der hierzulande sträflich vernachlässigten Forschungsthemen machte Claudia Wild, Direktorin des *Ludwig Boltzmann Instituts für Health Technology Assessment* (HTA) aufmerksam. Dieser Forschungszweig untersucht z. B., ob es eine innovative Behandlungsmethode wert ist, in den medizinischen Alltag aufgenommen zu werden. *HTA fragt, ob ein Nutzen für den Patienten geschaffen wird. In der Medizin kommt ständig etwas Neues, und wir kommen nicht dazu, genauer hinzuschauen, was eigentlich beim Patienten ankommt.* Ihr schwebt ein „lernender Zirkel“ vor, bei dem neue Verfahren vor ihrer Einführung „prospektiv“ bewertet und dann im Laufe der Anwendung beobachtet werden. *Wenn etwas keinen Nutzen bringt, sollte die Technologie eingestampft werden.* Fünf Prozent der Mittel sollten in eine solche Feedback-Forschung fließen, meint Wild.

Gegen all diese Argumente, warum es mehr Forschung zu psychologischen, sozialen oder ökonomischen Aspekten des Gesundheitswesens geben sollte, hat Hellmut Samonigg, Onkologe an der Medizin-Uni Graz, keine Einwände. *Sicher: Wir brauchen mehr Public-Health-Forschung.* Gleichzeitig warnt er aber davor, Gesundheitswissenschaften gegen die klassische Medizin auszuspielen. *Die Welt ist nicht schwarz-weiß, das eine kann das andere nicht ersetzen.* Oder, um im Bild des Ertrinkenden, das Bauer gebracht hat, zu bleiben: *Es ist ja doch vernünftig, den Ertrinkenden zu retten“* (Kugler 2013).

So könnte man den gegenwärtigen Zustand symbolisch zusammenfassen: Wir retten Ertrinkende, schauen aber kaum danach, warum sie in den Fluss gefallen sind. Natürlich sollten wir den tatsächlich Ertrinkenden auch retten. Aber von nachhaltigerem Nutzen für alle wäre es, ihnen zuvor das Schwimmen beizubringen und zudem die Uferböschungen so zu gestalten, dass weniger Gefahr besteht, ins Wasser zu fallen.

Quellen

- EGGER, J.W. (2012). Arzt-Patient-Kommunikation. „Jeder vierte Patient versteht seinen Arzt nicht.“ Kommentar zur aktuellen LBI-Studie. *Psychologische Medizin*, 23, 3, 2012, 2–3, *Editorial*. Facultas Universitätsverlag Wien.
KUGLER, M. (2013). Was Gesundheit bedeutet. Wissen, 3. November 2013, Die Presse am Sonntag. DiePresse.com

Zum vorliegenden Heft 2/2014, dem zweiten des 25. Jahrgangs von PSYCHOLOGISCHE MEDIZIN, wünsche ich Ihnen wieder eine anregende und angenehme Lektüre!

Univ.-Prof. Dr. Josef W. Egger
Medizinische Universität Graz
Herausgeber