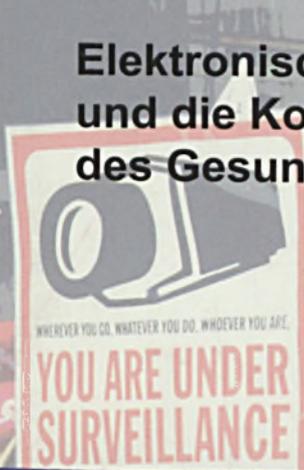


Wolf-Dieter Narr, „Die verlorene Integrität — reflektierte Patientenerfahrung“, in Digitalisierte Patienten - verkaufte Krankheiten. Elektronische Gesundheitskarte und die Kommerzialisierung des Gesundheitswesens, hg. von Komitee für Grundrechte und Demokratie (Köln, 2011), 81–90.

Digitalisierte Patienten – verkaufte Krankheiten

Elektronische Gesundheitskarte
und die Kommerzialisierung
des Gesundheitswesens



■ Komitee für
Grundrechte und
Demokratie e.V.

Impressum

Herausgeber und Bestelladresse:

■ Komitee für Grundrechte und Demokratie e.V.
Aquinostr. 7 - 11 · 50670 Köln
www.grundrechtekomitee.de
info@grundrechtekomitee.de

gefördert aus Mitteln der Stiftung bridge

Redaktion: Astrid André-Nimrich, Ursula Ganßauge, Svante Gehring,
Hans-Joachim Krauß, Jan Kuhlmann, Wolfgang Linder, Wolf-Dieter Narr,
Elke Steven

Foto: Umbruch Bildarchiv

Presserechtlich verantwortlich:

Elke Steven, Köln

Druck und Herstellung: hbo-druck, Einhausen

1. Auflage: April 2011, 800 Exemplare

gedruckt auf alterungsbeständigem Offsetpapier aus 100% Altpapier

Preis: 12,- Euro

ISBN: 978-3-88906-136-2

Die verlorene Integrität – reflektierte Patientenerfahrung¹

Wolf-Dieter Narr

„Aus unserer Leiblichkeit erwachsen uns moralische Fragen, also ernste Fragen, in deren Entscheidung wir mitentscheiden, was wir und wie wir als Menschen sind.“ (Gernot Böhme)

Am Sommeranfang 2009 fiel mich beim sonntäglichen Hundegang um den Grunewaldsee sonnenaufgangsfrüheallein ein Schlag an. Am späten Nachmittag vermutete die junge Neurologin in der Notaufnahme von Benjamin Franklin ein „Schlägle“, schwäbisches Diminutiv eines partiellen Gehirninfarakts. Sie empfahl mir, mich sogleich stationär betten und untersuchen zu lassen. Anamnese und therapeutische Versuche komplizierten sich, weil ich seit einem Jahrzwölft, etwa meinem 60. Jahr, nicht mehr Antäus gleiche. Computertomographisch in wolkig-geographischem Bild aufgenommen haben medizinische Kollegen und Freunde in Stuttgart und Berlin bald im neuen Jahrtausend in kompetentem Lesen eine Steuerungsschwäche meines Kleinhirns ausgemacht. Kein fester Halt auf dem Boden. Schwanken, Stolpern, Fallen beim zielgerichteten Gang mit spastisch ungelenken Beinen auf sanft fallender Ebene der Verschlechterung über die Jahre. Die Steuerungsschwäche sei verursacht durch zu lange missachteten hohen Blutdruck und eine zu hohe Dosis Blutfett als erbliche Mitgift. Außer medikamentös sei keine Therapie möglich.

Neun Tage schlief ich bei Benjamin Franklin. Fünf Wochen erfreute ich mich danach rehabilitativer Versuche im schön, am Wasser mit Blesshühnern, am Wald und Humboldt-Schlösschen gelegenen Medical Park. Erlebnisse dorten, Lektüre, frühere Diskussionen mit medizinverständigen befreundeten Kolleginnen und Kollegen, informieren meine verstreuten Bemerkungen. Ich stehe also auf breit-hohen Schultern, die mir nicht selbst gewonnene Einsichten ermöglichen. So wie sie nachfolgend formuliert werden, sind sie selbstverständlich

¹ Dieser Aufsatz wurde von uns gekürzt; ungekürzt ist er veröffentlicht in: Thomas Gerliner, Susanne Kümpers, Uwe Lenhardt, Michael T. Wright (Hrsg.): Politik für Gesundheit. Fest- und Streitschriften zum 65. Geburtstag von Rolf Rosenbrock, Bern 2010, S. 326 – 336.

niemandem anderen als mir als gewiss eifrigen, aber missverstehenden, auch alterstradikalen und an Nichtreform verzweifelten Weggenossen zuzurechnen. An eigenen Qualifikationen spielen lange, aktiv erworbene und analytisch erkundete organisationssoziologische Erfahrungen eine hilfreiche Rolle, wie in modularisiert verpackten Lehr-Lernprozessen und einbahnstraßig ausdifferenzierten Forschungen nicht mehr erwerbbar philosophisch-methodologische Kenntnisse.

Ich verfare eher von besonderen zu allgemeinen gesundheitspolitischen Problemwahrnehmungen und Einsichten. Solche Konkretionen und Abstraktionen erhellen insgesamt nur im dauernden Wechselspiel. 15 (im Original, hier nur sechs; Anm. d. Redaktion), in ihren Lücken schreiende Schnappschüsse habe ich gewählt. Mit einer Serie breit angelegter punktueller Erhellungen will ich der Gefahr entgehen, Komplexität allzu reduktionistisch zu verfehlen. Schnappschüsse besagt aber auch, dass die durchgehenden Zusammenhänge und verwirrenden Rückkoppelungsschleifen in der Regel nicht einmal angedeutet werden, von ausreichenden, wenngleich jederzeit anschleppbaren Belegen jenseits der eigenen Person nicht zu reden.

I. Ärztlich interpretierte, von Patienten gespiegelte, maschinell produzierte „Wirklichkeit“

Nach meiner Bleibe im Benjamin Franklin-Krankenhaus am Sonntagabend, war ich am Montagmorgen selbstverschuldet absent. Bei Diplomprüfungen wollte ich nicht fehlen. Danach wurde ich am Montagnachmittag erstmals in neurologischer Routine gleichsam handuntersucht. Um eine halbe Stunde lang. Zwischenzeitlich war mir meine Sprache schier abhanden gekommen. Daran schlossen sich ab Dienstag bis Montag der darauf folgenden Woche, abzüglich Wochenende, in Abständen technologischer Verfügbarkeit eine Serie von sublim invasiven Körperblicken. Je eine Magnetresonanztomographie von Kopf und Rückgrat. Ein 24-Stunden-EKG. Ultraschall erkundete Halsadern. An Mittwoch, Donnerstag und Freitag punktierende Flüssigkeitsentnahme (beim 1. Mal noch nicht) nach dem beobachteten Mangel an Liquorzirkulation im Kopf. Der behandelnde Arzt nahm an, dieser könne die Ursache der Bewegungsmängel darstellen.

Am 30. Juni abends verließ ich die neurologische Abteilung. Alle dort Beschäftigten waren freundlich und sorgsam mit mir umgegangen. Soweit ich in meinem Dreibettzimmer beobachten konnte, mit unterschiedlich kranken „Leidensgenossen“, nicht nur mit mir. Nur einen Mangel habe ich zu rügen. Auf ihn habe ich schon während meines Aufenthalts, danach in brieflicher, bis dato unerwidelter Form den mich behandelnden Neurologen hingewiesen. Sein medizinisches Engagement und seine ärztliche Kümmernis schienen mir mustergültig. Trotz mehrfachem Nachfragen und ebenso zahlreichen, schon terminlich georteten Zusagen fand „mein“ Arzt indes keine Zeit, mit mir gebührend über die diversen Informationen zu reden. Er schaffte es nicht, mir vorzutragen, wie und warum er zu seinen mir am Abend meiner Entlassung mit stehend erläuternden Sätzen ausgehändigten Diagnosen und therapeutischen Ratschlägen gekommen sei – einschließlich der weiter- und neu verschriebenen Pharmaka.

Nicht infolge „schlechter“ medizinischer Forschung und Praxis, vielmehr aufgrund der körper- und mehr als körperkomplexen Schwierigkeitsgrade gleicht neurologisch „gesteuertes“ Handeln dem metaphorisch bekannten Stochern mit einer experimentellen Stange im vage umgrenzten Problemnebel. Darum käme es auf mehrere Schritte an: erstens auf die genaue oder explizit ungenaue Lektüre der maschinell produzierten Bilder (in Kenntnis all der heute einsichtigen „Unschärferelationen“). Auf eine ärztliche, die Patienten einschließende Gruppenidentifikation – mit shadow lines – und Gruppeninterpretation der zu Informationen transformierten Bilder zum zweiten. An dritter Stelle müsste erneut mit dem Patienten erörtert werden, wie die diagnostischen Ergebnisse therapeutisch scharf, unscharf oder gar nicht übersetzt werden können. Wie sollen Ärzte, wie sollen Patienten voneinander diagnostisch und therapeutisch lernen, wenn sie beide aus diversen Gründen nicht sprachfähig sind?

II. Welcher Teil überwiegt im doppelten Patientensubjekt?

Lobenswert, ein Gesundheit versichernder Großschritt, dass Patienten im Übergang von akuter Krankheit, einer Operation z.B., therapeutisch unterstützt werden, in die – ihnen noch mögliche – Normalität zurückzufin-

den (sofern radikale Gleichheit diesseits aller Versicherungsmodi garantiert wäre. Skeptisch habe ich das nicht neuerdings untersucht). Der Medical Park in Alttegel, Teil eines Riesenunternehmens, ist solch eine Einrichtung, die dazu dient, sich zu rehabilitieren, also den alten Habitus, die vorigen Lebensmöglichkeiten wiederzugewinnen („Reha“ im Kürzel).

Ich habe die Wochen vom 3.7. bis zum 7.8. insgesamt genossen – wechselnd bewölkt infolge des nachschattenden Schlags und meiner kontinuierlichen Steh- und Gehschwäche, von den Punktierungen im Krankenhaus unbeeindruckt. Eine institutionelle, individuell erfahrene Schwäche ist aber signifikant. Man wird einer Fülle von „Anwendungen“ unterworfen. Sie könnten einen zum „Angewandten“ machen. Vom Sitz-Radfahren bis zur Logopädie reichte bei mir das Spektrum. Das in der Sprache ahnbare Problem ist dreifach. (1) Nach eher oberflächlicher Eingangsuntersuchung – man bringt seinen Krankenbefund mit sich – werden zwar „Anwendungen“ spezifisch sortiert. Wie sortiert wird, welcher Funktion die einzelnen Anwendungen dienen sollen, ob im Laufe der Zeit Änderungen empfehlenswert wären, wird mit den „Angewandten“ nicht besprochen. (2) Man hat mit wenigen Ärzten eher in flüchtiger Berührung wie in meinem Fall zu tun, jedoch mit vielen TherapeutInnen, kompetent und einfallsreich, wie die meisten ihre individuell zugespitzten oder Gruppen-Übungen praktizieren. Keine therapierende Bezugsperson überblickt jedoch die individuell „aufgehalsten“ Trainingseinheiten und bespricht sie wöchentlich korrekturoffen. (3) So kommt es nicht von ungefähr, dass die personal nicht spezifisch ausgewählten „Anwendungen“, bevor man „An der Mühle 2-9“ verlässt, nicht mehr in einer rückblickenden Zusammensicht ärztlich/therapeutisch hier, von den Patienten dort besprochen werden. Keine Ratschläge und Hinweise weiterer Therapie werden erteilt. Hier drückt sich erneut ein beiderseitiges, wenngleich verschiedenes Lernmanko aus. Die Reha als Produzentin erhält die insgesamt verdiente Resonanz des Dankes. Sie wird als Institution nur finanziell bereichert, ihre Bediensteten profitieren qua Arbeitsplatz. Sie kann jedoch keine Erfahrungen über spezifische Krankheiten/Behinderungen sammeln (Evaluation im nicht nur modisch kontrollierenden Sinne). Das können auch die TherapeutInnen nicht. Die (Ganz-/Teil-/auch Nicht-) Rehabilitierten gehen so klug als wie zuvor nach Hause. In diesem Sinne ist die Reha mehrfach intellektuell unterbelichtet, obwohl der „Kopf“ im

anhaltenden Prozess der Rehabilitation mehr ist als ein Organ, das gehorsam ihm weitgehend nach Schema F abverlangte „Anwendungen“ vollzieht.

III. Überforderung des medizinischen Personals, hier vor allem der ÄrztInnen

Notfälle über Notfälle haben die „Software“ der Krankenbehandlung, das Arzt-Patienten-Gespräch, verschoben und lassen sie verschieben. Homolog in der Reha. Die „Anwendungen“ und das sie betreibende Personal jagen sich mit vorprogrammierten Verzögerungen auf dem geduldigen Rücken der „Angewandten“ im Halb- oder Viertelstundentakt auch dort, wo der Sinn der Übungen nachhaltige Dauer verlangte. Zwischen Montagmorgen und Freitagabend eilt Frau Hektik und lärmt im Stationsganggewusel. Ruhige Zimmer für Gespräche sind nicht vorgesehen. Alles engt und rennt.

Phänomenal scheint es so, als habe das Personal aller Arbeits-, Kompetenz- und Bezahldimensionen die „wissenschaftlich“ kalkulierte und exakt aufgeteilte „Ökonomie der Zeit“ verinnerlicht. Fließbänder sind im Umkreis gesundheitspolitischer Einrichtungen nicht vorhanden. Sie sind verinnerlicht. Tätigkeitsmodule werden eifrig notiert wie die „Anwendungen“ der Reha als Doppelkontrolle. Primär die der Beschäftigten.

Strukturell haben die Hetze und der Mangel an Zeit für „Leistungen“, die nicht „objektiv“ in der Behandlung der „Krankengüter“ erforderlich sind und sich nicht kalkulierbar „rechnen“, ihre Ursache in einer Einsicht des Namenspatrons des früheren Klinikum Steglitz: Benjamin Franklin. Diese lautet und beförderte als „protestantische Ethik“ den „Geist des Kapitalismus“: time is money. Zeitquanten ergeben Arbeitsplätze. Indem Zeitvergeudung („waste“) vermieden werden kann, wird Personal gespart und wächst die „Effizienz“. Das große neue „Subjekt“, die Informations- und Kommunikationstechnologie übernimmt die „Entscheidung“. Nicht nur als diagnostisches Substrat mit Eigensinn, sondern als Organisator unbekannter Prämissen.

Zu dieser Hauptursache kommen hartnäckige Faktoren hinzu. Diese anker im nicht ökonomischen Kern aller auf profitablen Überschuss geeich-

ten Organisationen: der Erhaltung und vermehrenden Modifikation der sozial gemachten feinen und groben Unterschiede zwischen den Menschen. Im Rahmen der Medizin ist das die Doppelhierarchie des in sich statusgeteilten ärztlichen und des gesamten medizinisch-pflegerischen und technischen Personals – von den in Status und Bezahlung marginalisierten großen Gruppen der sog. Infrastrukturaufgaben zu schweigen. Nur zwei aktuelle Miniindizien meiner aktuellen Beobachtungen. Warum wird mein „Befund“ professoral und oberärztlich mit unterschrieben, obwohl einer mit mir nichts, einer nur auf flüchtigem Grußfuß zu tun hatte? Warum werden die TherapeutInnen nicht dadurch weiterqualifiziert, dass sie die Aufgabe von Bezugspersonen erhalten? (Was bedeutete, man nähme betriebswirtschaftliche Süß-Formeln praktisch ernst: job enrichment, job enlargement, job satisfaction and job efficiency.) Es rächt sich zusätzlich, dass sich die Organisierung der gesundheitspolitischen Institutionen seit der „Geburt der Klinik“ zwar qualitativ verändert hat. Sie wurde jedoch den Wandlungen auch nur Größenordnungen gemäß nicht neu verfasst. Darum sind selbst Reorganisationen unter den gegebenen Bezahlungs- und Profitbedingungen unwahrscheinlich. Also sind Überlastung der Gesundheitsberufe und substantielle Defizite der Gesundheitsleistungen nicht nur für die Klienten (römisch: Schutzbefohlene) die Folge. Die missachteten Bürger werden zu Mehrfachpatienten.

IV. Zweite Überforderung des medizinischen Personals: die leistungssportliche Ausdifferenzierung

Die Einheit der Wissenschaft und ihre gering aufgesplitterte Praxis sind lange vergangen. Unter den Wissenschaften, die sich als theoretisch-praktische Einheit in eine Fülle nahezu autonomer Zweige ausgewachsen haben, gilt dies für die Medizin als Bäumeensemble am meisten. Fraglich ist es, ob noch von einer gemeinsamen Wurzel und von einem gemeinsamen Ziel gesprochen werden kann. Was bedeuteten Rest-Gemeinsamkeiten? Selbst die Gemeinsamkeit im Objekt, dem menschlichen Körper, ist fraglich. Die Person ist nur noch als „Kunde“ und eventuell als Kläger von Belang.

Sollte aber an der Gemeinsamkeit des Subjekt/Objekts, der Person aus mehr als berufsständischen Gründen und Unternehmerinteresse festgehalten werden, müssten in Ausbildung, Weiterbildung und der Organisation specialistischer Praxen einschneidende Konsequenzen gezogen werden. Als ich während meiner neun Tage in der Neurologischen Abteilung eines großen Krankenhauses, Teil eines keinem Sterblichen mehr überschaubaren Krankenhauskomplexes mit dem vertrauten Namen Charité, außer vielen müden, auch iatrogenetisch besten Willens und Wissens verursachten Stunden im Spiegel der Lektüre eines alten Sozialwissenschaftlers über die Aufgabe auch nur meines Arztes sann, bin ich erschrocken. Erschrocken bin ich auch, wie wenig Konsequenzen aus dieser Überbeanspruchung gezogen worden sind und gezogen zu werden scheinen.

- Daran, dass die Neurologen für sich organisiert sind wie andere medizinische Disziplinen auch, haben wir uns gewöhnt. Was aber weiß „mein“ Arzt vom Rest meines Körpers und dem Stand medizinischer Spezialisten dort?
- „Mein“ Arzt lernte meine Person zunächst nur mit dem neurologischen Routinecheck kennen. Zeigefinger beider Hände in weitem Schwung bei geschlossenen Augen auf die Nasenspitze führen; mit den Händen (neuerdings) altmodische Glühbirnen gestisch eindrehen; mit den Augen bei möglichst starrem Gesicht den sich unterschiedlich seitwärts bewegenden Händen des Arztes folgen und anderes mehr. „Mein“ Arzt aber muss später die nicht von ihm entwickelten Bilder der Magnetresonanztomographie (MRT) in Sachen meines Kleinhirns so lesen können, dass er um die informationelle Steuerung durch das MRT-Gerät weiß. Hat er diese Art von Ikonographie in ihren normalen und anormalen Mustern lesen gelernt, zugleich um individuelle Abweichmöglichkeiten wissend? Er muss aus den verstandenen, keine Ursachenzusammenhänge widergebenden Bildern die therapeutischen Folgen mit dem urteilsbegründeten Risiko des Irrtums sich ziehen trauen. Dazu gehören: die Abschätzung der therapeutischen Eingriffstiefe, möglicher externer Effekte und erhoffter Wirkungen. Außerdem muss er unterschiedliche Bilderinformationsreihen diverser Apparatediagnostik aufeinander beziehen können usw., usf. Hinzu kommt, dass medi-

zistisch-technologische Innovationen in weltweitem Wettlauf auf den riesigen Gesundheitsmarkt kommen von Unternehmen, die um den neuesten Behandlungsschrei konkurrieren, von Ländern, von Kliniken, die weltweiten Patienten nicht zu unterschätzen.

- Das ist nur eines der Kompetenzpostulate im Zusammenhang miteinander verbundener Komplexitäten des menschlichen Körpers. „Mein“ Arzt hat mir eine neue Tablette verschrieben. Wie kommt er als erster dazu? Weiß er um die Zusammen- oder Gegenwirkung mit anderen Tabletten, die ich nehme? Abgefragtes Durchschnittswissen jenseits meiner Befindlichkeiten? Wenn aber „mein“ Arzt, als neurologischer Spezialist sich notwendiger Weise mit anders spezialisierten Ärzten und Angehörigen der Pflegeberufe, deren Wissen brach liegt, auf den jeweils neuesten Stand bringen möchte – wo bliebe ihm die Zeit dazu?

Obwohl ich erst anhebe, Anforderungen an Ärzte aufzuzählen, wenigstens auf ihrem Gebiet, bezogen auf den besonderen Patienten, selbst urteilen zu können, muss ich abbrechen. Erkenntlich sollte geworden sein, warum es konservativ und mittelfristig – wie große Institutionen, zuerst an sich selbst interessiert, arbeiten – so nahe liegt, elektronischen Technologien zu vertrauen und eigene Verantwortung zu delegieren. Den längst nicht mehr entbehrlichen Maschinen und den pauschal vorweg unterschreibenden Patienten. Ihnen wird die Verantwortung übereignet, hier als volle juristische Person behandelt, die sie gerade mit dem Mut zum eigenen Verstand nur als klaglose Objekte einsehen können.

V. Dritte Überforderung: Maschineninformationen und/oder maschinelle Definitionen

Die medizinischen Disziplinen und Subdisziplinen werden von pharmakologischen und wissenschaftlich technologischen Erfindungen im globalen Wettlauf überflutet. Der informationelle Überschuss ist nicht zu bändigen. Er hat neue Spezialisierungen der Ärzte als Technologen oder der Technologen als Ärzte zur Folge. Die Untersuchungsräume sind mit Computern und anderen Apparaten so verstellt, dass das Bedienungspersonal und die Patienten in der Maschinerie verschwinden. Die Informationen, die daraus

gewonnen werden, sind selten eindeutig und sind doch immer gerichtete Größen. Daten an sich selber gibt es nicht.

Wer will die Fülle diverser Informationen so handhaben, dass er um ihre Genesis und Geltung weiß und sie dem eigenen Handlungsbereich angemessen umsetzen kann? Nicht zufällig werden häufig massenstatistisch gewonnene Durchschnittsgrößen mustergleich benutzt. Aus dem Durchschnitt fallende, also abweichende Informationen werden einstweilen an den Rand geschoben. Es ergibt sich aus immer feinerkörnigen Datenbildern auch, dass diagnostische Ahnungen individuell besondere Diagnosen bei weitem quantitativ und qualitativ übertönen. Hier schlägt unter anderem die Stunde der Vor-Ahnungen und des Vor-Wissens über nosologische Zusammenhänge, die präventives Frühhandeln motivieren. Die Folgen in den ärztlichen Praxen und ihren meist beträchtlichen Maschinenparks sind absehbar. Diesseits anderer, beispielsweise ökonomischer Erwägungen, um teure Geräte abschreiben zu können, werden schier unvermeidlich maschinell gesammelte Daten zum ärztlich gelesenen Ersatz selbst am Patienten recherchierter Befunde. Meist werden sie unterstützt durch Standard-Informationen, die aus dem PC gewonnen worden sind. Dieses apparativ verschlankte „Subjekt“ ist ohnehin längst als Dritter im Bunde zum Duo Arzt – Patient getreten, meist räumlich dazwischen und arztnäher. Es weiß es besser und ist dem Anscheine nach apparativ neutral.

Erneut liegt ein ähnlicher Refrain nahe, der Überforderung intoniert. Konsequenzen in der Aus- und Weiterbildung, Folgen vor allem in der Kompetenz anreichenden Organisation der ÄrztInnen und ihres Umgangs mit den noch mehr überforderten Patienten leuchten fern am Horizont wie Mörikes Orplid.

VI. Der Mitspieler, der an einer intellektuellen und habituellen Atrophie leidet: die Patientenlücke

Patriarchale Götterblicke und Balsamworte mit einem Tross medizinischer Adepten in Visiten schreitender Chefärzte sind selten geworden. In sieben Wochen Krankenhaus und Reha bin ich allenfalls flüchtig visitiert worden. Als freundlich behandeltes Körperkompositum wird je nach problem-

zentrierter Befindlichkeit das Krankenbett zu besagten Maschinenstellagen herumgeschoben und später der Körper gegebenenfalls behandelt.

Sparsamer Beobachtungen an „meinen Fall“ halber verweise ich hier auf Frigga Haugs Feststellungen einer Patientin.

Die seit September 2009 gesetzlich eingeführte Patientenverfügung ist die liberal annehmliche und zugleich „systemisch“ hilflose und augenwischerische neue Selbstbestimmung der Menschen an der Kippe zum Tod. Ohne den riesigen, bürokratisch zerstückelten, szientifisch-technologisch aufrechterhaltenen und legitimierten Riesenapparat als mitbestimmte, durchsichtige, seinen entscheidenden Abläufen nach- und mitvollziehbare plurale Fülle von Einrichtungen zu „sozialisieren“, samt den nötigen bildungs- und arbeitspolitischen Voraussetzungen und Folgen, wird der final souveräne Patient zur Illusion mit grundrechtlicher Aura.