

Grenzen der Medizin

Von Horst Puder

Wir stehen heute vor einer explosionsartigen Expansion alles dessen, was unter Medizin verstanden wird. Medizinische Wissenschaft, nur zu einem Teil auf dem Boden exakter Naturwissenschaft stehend, die medizinische Technik, die Organisation unseres Gesundheitswesens einschließlich der gesetzlichen Krankenversicherungsprobleme, der öffentliche Gesundheitsdienst, die pharmazeutische Industrie, der Heilkurbetrieb, die Gesundheitspolitik mit ihrer Gesetzgebung, alles das ist ja zu einem kaum überschaubaren Konvolut geworden, das nur noch schwerlich als ein geschlossener einheitlicher Bereich verstanden werden kann.

In den letzten Jahren hat sich zudem ein ungeheurer innerer Wandel insofern vollzogen, als die Aufgaben der Medizin von der Heilung von Krankheiten oder besser der Heilung kranker Menschen ausgeweitet wurden zur Aufgabe der Ärzte, die Gesundheit des Einzelnen und der Gesellschaft zu erhalten und zu sichern. Hier ist ein Bedeutungswandel eingetreten, der auch den meisten Ärzten nicht voll zum Bewußtsein gekommen ist und der im Grunde eine Utopie, eine Wunschvorstellung enthält, die die Medizin in letzter Konsequenz nicht zu erfüllen vermag.

Es ist bedauerlich, daß es erst die Kostenexplosion im Gesundheitswesen war, die uns über die Begrenztheit unserer wirtschaftlichen Möglichkeiten auch auf andere Grenzen der Medizin aufmerksam gemacht hat, und zwar zu einem Zeitpunkt, wo die organisatorische Entwicklung unseres Medizinbetriebs kaum mehr rückgängig gemacht werden kann und eine Neubesinnung wahrscheinlich schon zu spät kommt.

Außerdem muß die Grenze dessen, was der Mensch aufgrund seiner Gehirnstruktur erfassen und leisten kann, als erreicht gelten. Die technischen Möglichkeiten, mit denen wir über das mit unseren Sinnesorganen Erfassbare hinausgreifen können, sind nicht mehr unbeschränkt vermehrbar. Wir haben uns damit den Grenzen wissenschaftlicher Erkenntnis asymptotisch genähert. Aber auch die Grenzen des technologischen Wachstums sind in unserer Industriegesellschaft allenthalben greifbar, und nur durch eine Selbstbeschränkung kann die Welt wieder in Ordnung kommen. Auf die Medizin übertragen, bedeutet dies, daß in der Zukunft nicht mehr alles gemacht werden darf, was gemacht werden könnte. Die technologischen Anwendungen jeden wissenschaftlichen Fortschritts in der Medizin führen zu einer ständigen Abnahme der Effizienz, nicht nur in Anbetracht der entstehenden Kosten, sondern vor allem wegen der Nebenwirkungen. Wie in allen gesellschaftlichen und technologischen Systemen arbeitet nämlich die Entwicklung auf die Dauer gesehen gegen das System und zwar um so mehr, je umgreifender das technologische Management wird. Man kann die Verschlechterung des Effektes durch jede Leistungssteigerung, die Konversion der Produktivität, am Beispiel des Straßenverkehrs erkennen, wo jede weitere Steigerung der Technologie und jede weitere Verkehrsverdichtung zu einer Abnahme der durchschnittlichen Reisegeschwindigkeit führt. Ivan Illich, einer unserer prominentesten Systemkritiker, hat am Beispiel der Pädagogik klarzumachen versucht, daß ein Mehr an Verschulung schließlich zu einer Verdummung der zu Erziehenden führt und glaubt mit einem gewissen Recht, daß

die Steigerung medizinischer Produktivität nicht zu einer Abnahme, sondern zu einer Zunahme der Krankheiten, zur Häufung von durch den Arzt hervorgerufenen Schäden führt, und daß die Vermehrung medizinischer Tätigkeiten von einem bestimmten Punkt an auf der persönlichen und gesellschaftlichen Ebene mehr Leid erzeugt, als Krankheiten heilt. Der Glaube an den technischen Fortschritt trügt und ist in Wahrheit ein pseudoreligiöses Phänomen, ein Erlösungsglaube, der uns ein falsches Trugbild vorgaukelt und sich nur scheinbar an die Rationalität des Menschen, in Wirklichkeit aber an seine Gefühlswelt und Erlösungserwartungen richtet.

Noch bis vor einigen Jahren war es die Domäne ärztlicher Tätigkeit, körperliche Beschwerden und klar definierte Krankheiten und Gebrechen zu behandeln, wenn möglich zu heilen oder zu bessern. Dabei waren die Erfolge durchaus unterschiedlich. Eine sehr beschränkte Anzahl von Verfahren, insbesondere manche Operationstechniken, erwiesen sich als außerordentlich wirksam. Jene Behandlungsmethoden, die sich bei den am weitesten verbreiteten Krankheiten einsetzen lassen, sind in der Regel mit nur geringen Kosten verbunden, setzen nur ein Minimum an Kenntnissen voraus und bedürfen eines geringen technischen und personellen Aufwandes. Diese Erkrankungen sind normalerweise auch ohne großen diagnostischen Kräfteinsatz gewissermaßen auf den ersten Blick erkennbar. Trotzdem hat es sich in unserem Medizinalbereich eingebürgert, auch in diesen Fällen den kostenaufwendigen diagnostischen Apparat zur Absicherung des Arztes, zur Motivierung dem Patienten gegenüber und zum Ausschluß von Krankheiten, die sich hinter jeder einfachen Symptomatik verbergen könnten, ablaufen zu lassen. Hierin muß man übrigens einen der Hauptgründe für die Kostenentwicklung sehen.

Der größte Teil der expandierenden medizinischen Kosten entfällt jedoch auf Diagnose und Behandlungsformen von mangelnder oder zweifelhafter Effektivität. Hier sind einerseits die chronischen Erkrankungen, andererseits die Gebiete der sog. Intensivtherapie und der Organtransplantationen zu nennen. Der verständliche Wunsch jedes einzelnen, im Notfall ohne Rücksicht auf die Kosten mit allen Mitteln geholfen zu bekommen, um die eigene Lebensspanne zu verlängern, gleichgültig unter welchen Bedingungen und Maßstäben, nach denen dieses Leben noch als lebenswert bezeichnet werden kann, hat dazu geführt, daß diese Zweige der Medizin eine ständige Ausweitung erfahren haben, der Gesamterfolg aber oft in einem krasen Mißverhältnis steht. Die Kosten für eine Intensivbehandlung eines bewußtlosen Menschen dürften im Jahr bei über 100 000,- DM liegen. Sie werden anstandslos von der Allgemeinheit auch dann getragen, wenn im Einzelfall keinerlei Aussicht auf Heilung oder Rückkehr in ein bewußtes Leben gegeben ist.

Das Kostenproblem wird an einem anderen Beispiel deutlich. In der Bundesrepublik gibt es zirka 10 000 Patienten, die durch eine künstliche Niere oder durch Nierentransplantationen am Leben erhalten werden können. Auch hier liegen die Kosten pro Fall und Jahr im Durchschnitt um die 100 000,-DM. Im Jahre 1980 würden allein dadurch ein Fünfzigstel der gesamten Krankenversicherungskosten aufgezehrt. Hier und auch bei den beschränkten Möglichkeiten anderer Organtransplantationen wird mit der Notwendigkeit einer zunehmenden Selektion eine entsetzliche Enthumanisierung der Medizin einhergehen. Werden hiermit nicht die letzten Bastionen eines persönlichen Arzt-Patient-Verhältnisses geschleift werden?

Dabei sei die Frage, ob die Probleme der Organtransplantation von seiten der Spenderbeschaffung und der Immunabwehr gegen Fremdorgane überhaupt lösbar sind, hintangestellt. Bisher kann man wohl ohne Zweifel behaupten, daß die Experimente mit Organübertragungen, denn als solche muß man sie doch bezeichnen, den Betroffenen insgesamt mehr Leid als Wohltat gebracht haben. Die Rate der Fehlschläge und Mißerfolge ist so groß, daß man sich fragen muß, ob für manchen Operateur der persönliche Ehrgeiz mehr wiegt als seine innere Verpflichtung, alles zu unterlassen, was dem Patienten mehr schaden als nützen könnte.

Ein Arzt, der ständig unter dem Zwang steht, heilen zu wollen oder helfen zu müssen, gerät allenthalben in die Gefahr, die therapeutischen Möglichkeiten übereilt und damit unnötig anzuwenden. Auch beim Laien gilt die Devise, lieber einmal zu früh und damit unnötig operiert, als zu spät, lieber einmal ein Medikament ohne zwingende Notwendigkeit eingenommen, als die rechtzeitige Behandlung versäumt. Er bedenkt nicht, daß jeder Eingriff ein Risiko bedeutet, kein Medikament für den Körper gleichgültig ist. So wird von mancher Seite behauptet, daß z. B. die Indikation zur Blinddarmoperation, aber auch für die meisten anderen Operationen, unter der Unsicherheit diagnostischer Fähigkeiten, aber auch der Angst, einmal mit der Operation zu spät zu kommen, so erheblich ausgeweitet wurde, daß mehr Menschen am Risiko ungerechtfertigter Eingriffe sterben, als an einer nicht behandelten echten Blinddarmentzündung sterben würden. Es gibt allerdings kaum einen exakten Beweis für eine solche Behauptung, aber auch keinen für die Richtigkeit des jetzigen Vorgehens.

Unter der ehrfurchterweckenden Suggestionskraft medizinischer Techniken ist nicht nur beim Laien, sondern auch bei Ärzten das Gefühl für die Sicherheit von Aussagen in der Medizin verlorengegangen. Die Unterscheidung zwischen nachprüfbaren Aussagen auf dem Boden exakter naturwissenschaftlicher Erkenntnisse und pseudowissenschaftlicher Behauptungen ist auch Spezialisten im eigenen Fachbereich kaum mehr möglich. Daß ein solcher Zustand zum Selbstbetrug verleitet, Unfähigkeit, Nachlässigkeit und Gleichgültigkeit fördert, ja Puscherei, Scharlatanerie provozieren kann, ist jedem einleuchtend. Was ursprünglich Vertrauensmißbrauch, ja charakterliche Verfehlung ist, kann heute leicht als gelegentliches Versagen technischer Anlagen oder ihres Bedienungspersonals entschuldigt werden. Die personalen Beziehungen zwischen Arzt und Patienten gehen dadurch immer mehr verloren, die Anteilnahme am persönlichen Schicksal des Kranken schwindet.

Mit der Ritualisierung der diagnostischen und therapeutischen Verfahren ist aber heute zugleich eine kaum mehr vertretbare Ineffizienz eingetreten. Illich schießt natürlich weit über das Ziel hinaus, wenn er von einer totalen Ineffektivität der heutigen Medizin spricht und die Forderung erhebt, auf ihre Hilfen gänzlich zu verzichten.

Wenn man jedoch bedenkt, daß die Hauptlast der Leiden zahlenmäßig akute leichte Krankheiten darstellen, die meist von selbst schwinden oder doch mit ein paar Routinemethoden zu bessern sind, daß das Gros der Todesursachen auf fünf bis sechs Krankheitsgruppen beschränkt ist und sich durch die Egalisierung der Lebensgewohnheiten und Umwelteinflüsse wahrscheinlich weiter einengt, muß man sich über den diagnostischen Aufwand wundern, der allgemein betrieben wird, die Kosten hochtreibt und die Zahl der Ärzte vermehrt. Trotzdem ist die Häufigkeit

von Fehldiagnosen nicht im Abnehmen begriffen. Es muß zu denken geben, daß mit der Sicherheit, dem Wissen und der Fähigkeit eines Arztes Notwendigkeit und Häufigkeit diagnostischer Maßnahmen abnehmen, daß also der gute Arzt der billigere ist. In der Medizin wird es leider nicht beanstandet und vom Konsumenten widerstandslos hingenommen, wenn sich der Arzt wie ein Automechaniker benimmt, der bei einem Reifenschaden unaufgefordert nicht nur auch den Bremsdruck, sondern außerdem die Ventileinstellung, die Dichtigkeit der Benzinleitung überprüft und den noch gar nicht erforderlichen Ölwechsel vornimmt. Das liegt wahrscheinlich daran, daß alle ärztlichen Tätigkeiten für den Patienten zugleich eine magische Wirkung haben und ihm das Gefühl vermitteln, daß etwas für seine Gesundheit getan werde. Ihm wird ja ständig suggeriert, daß für die Gesundheit nichts zuviel und zu teuer sein dürfe, weil die Gesundheit mit Recht als das höchste Gut gilt. Das Interesse, an den Entscheidungen der Ärzte mitzuwirken, zu »mündigen« Patienten zu werden und das Bedürfnis nach Effizienzkontrolle des Arztes ist deshalb ebenso gering wie die Bereitschaft der Ärzte dazu. Hier ergeben sich schon deshalb unüberwindliche Schwierigkeiten, weil die Medizin eben nur zu einem geringen Teil exakte Naturwissenschaft ist und der medizinische Körper mehr als eine Maschine, in die man beliebig eingreifen und die man zur Überholung in eine Werkstatt geben könnte. Es gibt kaum ein diagnostisches Verfahren, insbesondere aber kaum eine therapeutische Methode, die nicht in gewisser Weise umstritten wäre. Der Erfolg der meisten Behandlungsmethoden, insbesondere natürlich der Operationen, hängt mehr vom Engagement, dem Geschick, dem Verantwortungsbewußtsein, nicht zuletzt den intuitiven Fähigkeiten des Arztes ab als von der Methode selbst.

Die Erfolge mit künstlichen Körperersatzteilen haben die Hoffnung aufkeimen lassen, daß dieses Gebiet noch beträchtlich ausbaufähig ist. Es ist ja in der Tat verblüffend und bedeutet für viele Patienten eine große Lebenserleichterung, wenn ihnen z. B. durch künstlichen Gelenkersatz wieder die Möglichkeit gegeben wird, sich der eigenen Bewegungsfreiheit zu erfreuen, die ihnen vorher durch Unfall oder chronische Gelenkerkrankungen genommen war. Solche Erfolge betreffen aber fast ausschließlich den Ersatz nicht lebensnotwendiger Organe. Hoffnungen, auch lebenswichtige Organe voll ersetzen zu können, haben sich mit Ausnahme der sog. künstlichen Niere und des Herzschrittmachers, der bei Ausfall des Reizleitungssystems am Herzen vielen Menschen das Leben noch über Jahre erhalten kann, nicht verwirklichen lassen. Alle diese Techniken haben aber neue Probleme geschaffen, nämlich die des Verschleißes und des Ersatzes verschiedener Organprothesen sowie der ständigen Überwachung, die diese Patienten bedürfen.

Woran liegt es, daß mit der Ausweitung der Medizin die Zahl der Krankheiten nicht abgenommen, sondern sogar zugenommen hat? Bei dem Ausbau des britischen Gesundheitsdienstes, der von Lord Beveridge eingeleitet wurde, ging man davon aus, daß die Krankheiten in einer Gesellschaft auf ein bestimmtes Maß begrenzt seien und mit ihrer rechtzeitigen Erkennung und Behandlung die Kosten im Gesundheitswesen kontinuierlich gesenkt werden könnten. Niemand hat es geahnt oder für möglich gehalten, daß das Gegenteil eintreten würde, daß die Toleranzschwelle gegen Krankheiten durch die Intensivierung ärztlicher Fürsorge fallen und neue Krankheiten, zum Teil durch diejenigen Prozesse auftreten würden, denen die Medizin ihre teilweisen Erfolge verdankt. Einer der Gründe liegt in der Störung

der natürlichen Selektion. Die Medizin hat es in den Industrieländern fertig gebracht, die Menschen genetisch zu verändern, d. h. genetisch kränker zu machen, und zwar vor allem durch ihre Erfolge gegen den frühzeitigen Tod bei bestimmten Erbkrankheiten, der diese Menschen früher an der Fortpflanzung hinderte. Auch durch Säuglingssterblichkeit und Infektionskrankheiten, die erheblich eingedämmt werden konnten, wurden früher vor allem die genetisch Schwächeren hinweggerafft. Überleben diese Menschen, sind sie krankheitsanfälliger und belasten dann die Gesellschaft entsprechend. Die Situation auf dem Gebiet der Frauenkrankheiten und Geburtshilfe zeigt die Umkehr des medizinischen Fortschrittes in makabrer Weise. Ungefähr jeder sechste Arzt in der Bundesrepublik ist im Krankenhaus oder in freier Praxis geburtshilflich-gynäkologisch tätig. Ein Teil dieser Tätigkeit konzentriert sich darauf, die natürliche Säuglingssterblichkeit zu senken. Die Erfolge können sich in der Tat sehen lassen. Eine Frage ist, ob es sich lohnt, mehr als 5 Prozent unserer Krankenversicherungskosten aufzuwenden, um unter 100 Geburten 5 Kinder zu retten, die ohne diese Kosten verstorben wären, wenn zugleich ein weiterer Teil unserer Sozialausgaben dazu verwandt wird, durch erfolgreiche Geburtenbeschränkungshilfen das Geburtendefizit jährlich in einem unsere Zukunft drohenden Maße ansteigen zu lassen. Es wird sicher von vielen nicht gerne gehört, daß es dem Einsatz der 6 000 Frauenärzte sowie einem Teil der praktischen Ärzte in Verbindung mit der pharmazeutischen Industrie gelungen ist zu erreichen, daß den jährlich zirka 30 000 durch die moderne Geburtshilfe geretteten Kindern mindestens eine halbe Million durch Kontrazeption verhinderter und demnächst wahrscheinlich 100 000 abgetriebener Kinder gegenüberstehen. Hierfür wird die Versichertengemeinschaft jährlich allein für diese Bemühungen und für den Einsatz um die Folgewirkungen der Geburtenverhinderung mit jährlich vielen Millionen Mark zur Kasse gebeten.

Ähnlich bedrückend ist die Situation, wenn man bedenkt, daß es die Medizin überwiegend mit den Folgen zu tun hat, die auf persönlichem Fehlverhalten oder der Schuld Dritter beruhen. Die schädlichen Umwelteinflüsse durch die Zerstörung der natürlichen ökologischen Regelmechanismen mit Hilfe von Wissenschaft und Technik haben ein ungeahntes, nicht abschätzbare Ausmaß erreicht. Die Ausgaben für Tabak sind auf jährlich 30 Milliarden, für Alkohol auf 15 Milliarden Mark angewachsen, diejenigen für ein unmenschliches menschenmordendes Verkehrsaufkommen sind kaum mehr berechenbar. Die Kosten der hierdurch verursachten Krankheiten und Unfälle – Alkohol, Nikotin, Überernährung und Verkehr sind ja zugleich die großen Killer geworden, die den überwiegenden Anteil der Todesursachen ausmachen – müssen von der Gesamtheit der Bürger mitfinanziert werden. Es erhebt sich die Frage, ob es die Gesellschaft auf die Dauer hinnehmen kann, ungeheuere Opfer zu bringen, um damit ihr eigenes Siechtum selbst zu finanzieren, oder ob sich nicht der Zwang ergibt, die Lebensführung des Einzelnen zu überwachen, zu reglementieren und schließlich zu disziplinieren, anstatt in einer Zeit solcher Herausforderung sensationslüsterne Konsumenten, die nichts weiter als maximale Bequemlichkeit erstreben, weiter vom Staat absolut ungefordert zu lassen. In früheren Kulturen haben die Religionen die Disziplinierung der Menschen zur Beachtung bestimmter Gesundheitsvorschriften übernommen, z. B. Alkoholverbot im Islam, das Verbot von Schweinefleisch in der jüdischen Religion und die christlichen Fastengebote.

Unsere Gesundheitspolitik hat *bisher* mit ihren Gesetzeswerken vorwiegend nach opportunistischen Gesichtspunkten entschieden. So stehen z. B. die Strahlenschutzgesetze, aus der Angst vor den Gefahren des Atoms geboren, in krassem Gegensatz zu Sicherheitsvorschriften auf anderen Gebieten. Übertrüge man die mit wahrhaft bürokratischer Akribie erlassenen Strahlenschutzvorschriften auf andere Lebensbereiche, so würde z. B. kaum eines der heute zugelassenen Verkehrsmittel die dann erforderlichen Sicherheitsbedingungen erfüllen.

Es gibt eine Anzahl von Forschern, die es für möglich halten, den Prozeß der Zellerneuerung künstlich zu erzeugen. Damit wären die Alterungsvorgänge aufzuhalten, die auf einer zunehmenden Abnutzung der Reproduktionsmatrizen im Zellstoffwechsel beruhen, und eine echte Verlängerung des menschlichen Lebens erreichbar. Ein solcher Traum muß jedoch heute als ausgeträumt gelten. Wir müssen vielmehr aufgrund der Negativbilanz unserer ökologischen Situation und der Bedingungen der derzeitig wirksamen bio-kybernetischen Prinzipien mit einer ständigen Abnahme der Lebenserwartung rechnen, woran auch medizinische Eingriffe nichts mehr ändern werden. Die Lebenserwartungskurve ist in zahlreichen Industrieländern bereits seit einigen Jahren umgekippt.

Etwa mit Beginn dieses Jahrhunderts hat sich die Medizin in zunehmendem Maße auch mit seelisch-geistigen Problemen des Menschen befaßt, weil sich aus Erfahrung und Beobachtung die Vermutung, daß viele Krankheiten auch seelische Ursachen haben könnten, immer mehr verdichtete, und weil andererseits auch rein körperlich kranke Menschen eines seelisch-geistigen Zuspruchs, einer seelischen Krankenführung bedürfen. Wäre das nicht so, wären in unserem Gesundheitswesen nurmehr Medizintechniker erforderlich. Die Schwierigkeit liegt nur darin, daß es mit naturwissenschaftlichen Kategorien nicht gelingt, diese körperlich-seelischen Zusammenhänge nachzuweisen.

Wir kennen alle bestimmte körperliche Reaktionen, bei bestimmten seelischen Emotionen, und es ist für jeden einleuchtend, daß gewisse körperliche Erkrankungen seelisch verursacht sein können. Wie im Einzelfall jedoch ständiger Ärger zu einem Magengeschwür oder ständige Überforderung zum Herzinfarkt führen, dazu ist die Medizin einen exakten Beweis bis heute schuldig geblieben. Es gibt leider auch bisher in der Psychotherapie keine nachprüfbaren echten Erfolgsstatistiken. Wie sollte es auch möglich sein, lediglich durch Überredungsmethoden – andere Möglichkeiten stehen ja praktisch nicht zur Verfügung – diejenigen krankmachenden Ursachen aufzuheben, die letztlich entweder milieu- oder aber charakterbedingt sind. Die Psychotherapie, darauf hat der Heidelberger Internist Schäfer zuletzt wieder hingewiesen, ist viel nutzloser, als man allgemein zugibt. Ihre Effektivität ist noch problematischer, wenn man die Schäden aufaddiert, die etwa durch das sog. Übertragungsproblem, das heißt die eintretende Abhängigkeit vom Arzt und deren Lösung, auftauchen, oder dadurch, daß die Selbstheilungskräfte des Menschen paralytisch werden, weil die Ursachen seelischen Fehlverhaltens letztlich immer im sozialen Umfeld, in äußeren Ursachen wie Kindheitserlebnissen und in Erziehungsfaktoren gesucht werden und damit der Einzelne aus seiner persönlichen Verantwortung entlassen wird.

Nach der Devise »Vorsorgen ist besser als Heilen« hat sich seit einigen Jahren ein über den Rahmen der Kurativmedizin hinausgehendes Aufgabengebiet ausge-

weitet, das fälschlich als medizinische Vorsorge bezeichnet wird. Richtigerweise wäre es, vom Ausbau der Früherkennungsmöglichkeiten zu sprechen. Die Erfolge der Frühdiagnostik auf dem Gebiet der Frauenheilkunde, z. B. durch die Zellabstrichuntersuchungen, haben viele Hoffnungen auch auf anderen Gebieten geweckt. Untersucht man die Effizienz aller dieser Früherkennungsmethoden, so ergibt sich, wenn man einmal die Kostenfrage hintanstellt – man schätzt die Kosten für die Entdeckung eines Falles von Gebärmutterhalskrebs auf 80 000,- bis 100 000,- DM, d. h. es sind 2 000 bis 3 000 Vorsorgeuntersuchungen erforderlich – ein sehr zwiespältiges Bild. Unbestritten ist, daß man den Gebärmutterhalskrebs bei routinemäßig mindestens jährlich durchgeführten Zellabstrichuntersuchungen der Frau in einem absolut heilbaren Stadium erkennen kann.

Unbestritten ist, daß man z. B. mit der in den Medien immer wieder gepriesenen mammographischen Methode in einem Teil der Fälle Hinweise für eine mögliche Krebserkrankung der Brust erhält. Übersehen wird dagegen vielfach, daß diese Methode eine Krebserkrankung nicht ausschließen kann. Durch die Ausweitung der Vorsorgeuntersuchungen wird die Mammographie in zunehmendem Maße von Ärzten angewandt, die nicht die ausreichenden klinischen Erfahrungen und die Möglichkeit zur Selbstkorrektur besitzen, zu der auch die Weiterverfolgung und die Behandlung der Brusterkrankungen gehört. Von manchen Beurteilern wird es deshalb für möglich oder wahrscheinlich gehalten, daß mit der Propagierung und Verbreitung dieser Methode mehr Krebsfälle übersehen werden und zu spät in Behandlung kommen, als Frühfälle entdeckt werden, vor allem, weil sich viele Frauen nach einer durchgeführten mammographischen Untersuchung in falscher Sicherheit wiegen. Ähnliches wird von der rektalen Untersuchung zur Früherkennung des Darmkrebses angenommen. Da die meisten Karzinome des Darms oberhalb des mit dem Finger zu tastenden Enddarmes liegen, entziehen sie sich dieser diagnostischen Methode, die damit weniger zur Erkennung einer Krebskrankheit als zur Befriedigung des Sicherheitsbedürfnisses des Patienten dient.

Bei zahlreichen Untersuchungsmethoden, vor allem denjenigen, die zur Diagnose im Körperinneren gelegener Krebserkrankungen eingesetzt werden, z. B. die Magen-Darmbiopsie, die Szintigraphie und viele andere mehr, ist die finanzielle Barriere praktisch unüberwindbar, wenn sie bei jedem Menschen in kurzfristigen Abständen angewandt werden sollen. Die hierfür zu erwartenden Kosten sind von der Allgemeinheit nicht mehr zu erwirtschaften. Es wurde schon anfangs angedeutet, daß das Kostenproblem überhaupt in Zukunft die entscheidende Grenze für die Ausdehnung, um nicht zu sagen die Inflation des Medikinkonsums sein wird. Voraussetzung zur Einschränkung des kostenfressenden Medizinbetriebs unserer Gesellschaft ist die Einsicht in einige wenige Grundprinzipien.

Vor allem muß das Selbstbedienungsprinzip für den Anspruch auf Medizinalleistungen von Seiten der Versicherten, aber auch von Seiten des Arztes im Hinblick auf eine unbeschränkte und unüberprüfbare diagnostische und therapeutische Leistungsausweitung in irgendeiner Form begrenzt oder abgeschafft werden. Die Erkenntnis, daß der Überhang an Krankenhausbetten – von dem noch vor kurzem beklagten Mangel kann überhaupt keine Rede sein – wesentlich für die Kostenexplosion der Krankenhausbehandlung verantwortlich sei, bedeutet im übertragenen Sinne, daß zwangsläufig mit der Zahl der Ärzte im Gesundheitswesen die

Kosten steigen werden. Strukturprobleme im Gesundheitswesen sind nicht durch ein Mehr an Ärzten zu lösen. Man muß wissen, daß ärztliche Leistungen nicht delegiert werden können. Man muß wissen, daß ein Gesundheitswesen im Grunde nur so gut ist wie die Ärzte, die daran tätig sind, auch wenn der technische und bürokratische Apparat immer mehr aufgebläht wird. Man muß auch wissen, daß eine Gesellschaft nicht beliebig viele optimal qualifizierte Ärzte produzieren kann. Begabtenreservoir und Ausbildungskapazität setzen engere Grenzen, als die im Gesundheitswesen Verantwortlichen wahrhaben wollen.

Man kann auf der anderen Seite die Misere im Gesundheitswesen nicht ausschließlich den Ärzten anlasten und die Kritik der Medizin zu einer Kritik an den Ärzten und deren Persönlichkeiten machen. Auch eine Änderung unseres Gesundheitswesens würde das Problem ärztlicher Qualifikation, – und die Effizienz der Medizin hängt nun einmal weniger vom materiellen und personellen Aufwand als vom persönlichen Engagement und der persönlichen Leistung des Arztes ab, – nicht lösen, sondern verschärfen.

Das Elend der Medizin auf die Profitgier der Ärzte zu reduzieren, gleichzeitig aber nur vom Arzt uneingeschränkte intellektuelle Redlichkeit zu verlangen, ist eine der Ungereimtheiten unserer modernen Gesellschaft. Man übersieht sehr leicht, daß das Ethos des Arztes immer auch mit dem Ethos des Patienten korrespondiert. Mit der Entthemung unserer Gesellschaft, mit ihrer schrankenlosen Begehrlichkeit und ihren unumschränkten Freiheitsansprüchen sinken zwangsläufig auch ihre sittlichen Normen. Jede Gesellschaft hat die Ärzte und die Medizin, die sie verdient.