

Das medizinische System als Ort sozialer Konsensfindung

Zur gesellschaftlichen Funktion des modernen Gesundheitswesens

T. Maier

Zusammenfassung

Immer mehr Menschen nehmen immer häufiger medizinische Hilfe in Anspruch, teilweise mit vagen und unklaren Symptomen. Fasst man das Gesundheitswesen (hier synonym als *medizinisches System* bezeichnet) als wichtiges gesellschaftliches Teilsystem auf, so zeigt sich, dass hinter dieser Entwicklung eine Erweiterung der Funktion der Medizin steht. Sie besteht darin, soziale Konflikte handhabbar zu machen und Kompromissen zuzuführen. Das Gesundheitswesen kann sich dieser Aufgabe nicht entziehen, sondern muss sich darauf einstellen.

Unser Gesundheitswesen erzeugt einen Kommunikationszusammenhang, der massgeblich über die Differenz *gesund – krank* gesteuert wird. Solche Dichotomien werden im Rahmen gesellschaftlicher Systemtheorien als Ausgangspunkte von Systembildung und -aufrechterhaltung angesehen [1]. Es geht im medizinischen System darum festzustellen, wer krank und wer gesund ist, und wenn möglich die als krank Erkannten gesund (bzw. gesünder) zu machen, das Fortschreiten einer Erkrankung einzudämmen oder die Folgen von Krankheiten und Unfällen zu behandeln. Zu diesem Zweck setzen die Träger des medizinischen Systems (Ärzte, Pflegende, Spezialtherapeutinnen) ihre erworbenen theoretischen, technischen und kommunikativen Kenntnisse und Fertigkeiten ein. Sie sind in ihrem Selbstverständnis Anwender medizinischen Know-hows. Die Anwendung dieses Know-hows wird systematisch gelehrt und gelernt; es handelt sich bei der Medizin um ein mehr oder weniger kodifiziertes Handlungssystem, eine Technik (im ursprünglichen Sinne der griechischen *techné*, Handwerk, Kunst).

Korrespondenz:
Dr. med. Thomas Maier
Hohenegg Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie
CH-8706 Meilen

Universell zugänglicher Diskurs

Im Rahmen dieses Kommunikationszusammenhangs entstehen Irritationen, wenn Patienten scheinbar oder tatsächlich nicht eindeutig den Kategorien *gesund* oder *krank* zugeordnet werden können. Die Klarheit dieser Dichotomie erweist sich als zweifelhaft, was zu erhöhtem Diskriminierungsaufwand zwingt oder die Entscheidung über längere Zeit in der Schwebe halten lässt. In der medizinischen Praxis sind solche Situationen häufig anzutreffen, möglicherweise handelt es sich sogar um den Normalfall. Trotz dieser Irritation herrscht aber ein ungebrochener Zustrom von Patienten (und von Ärzten) in ebendieses medizinische System, das doch so häufig in der entscheidenden Frage nicht die gewünschte eindeutige Zuordnung erlaubt. Wie ist das zu verstehen?

Das Kommunikationssystem Medizin hat neben der vermeintlichen Hauptaufgabe (Krankheiten diagnostizieren und behandeln) noch weitere gesellschaftliche Funktionen übernommen, bzw. ungefragt zugewiesen bekommen, die weniger bewusst und deklariert wahrgenommen werden. Eine Hauptfunktion besteht darin, überhaupt einen für alle Mitglieder der Gesellschaft verständlichen und zugänglichen Kommunikationszusammenhang anzubieten und als zentralen Anknüpfungspunkt für weiteres gesellschaftliches Handeln bereitzuhalten. Die Differenz *gesund – krank* ist für Menschen jeden Alters, jeder Schicht, jeder Kultur in einzigartiger Weise verständlich und darüber hinaus emotional hoch besetzt wie kaum ein anderes Thema. Im Unterschied zum Thema Geld (Besitz oder Nicht-Besitz von Geld ist eine ähnlich relevante Differenz) ist hierzulande der Zugang zum medizinischen Kommunikationssystem für jedes Individuum gewährleistet, ja durch das gesetzliche Obligatorium zur Krankenversicherung staatlich garantiert. Das hat zur Folge, dass gesellschaftlich anfallende Probleme, Krisen und Konflikte in den medizinischen Kommunikationszusammenhang überführt werden können und – da sie auf anderen Ebenen keine Resonanz finden – dort stellvertretend ausgetragen, respektive einem sozialen Kompromiss zugeführt werden. Dieser Zusammenhang lässt sich an vielen Beispielen darstellen:

Konflikt und Krankheit

– Im Rahmen von Globalisierung, Restrukturierung und anderen wirtschaftlichen Dynamisierungsprozessen kommt es zu Entlassungen, Mobbing, Überlastungen, Burnout und weiteren für Arbeitnehmer unerfreulichen Vorgängen. Die entstehenden Frustrationen, Ohnmachts-, Wut- und Hassgefühle finden gesellschaftlich kaum Resonanz, die Betroffenen fühlen sich isoliert und nicht wahrgenommen. Über den Eintritt ins medizinische System (z.B. wegen kardiovaskulärer Symptome, Schlafstörungen, Rückenschmerzen, Depressionen usw.) können diese Menschen kompensatorisch eine Art von Anerkennung und Respekt finden, die ihnen die Gesellschaft versagt.

- Die Vernachlässigung und Misshandlung von Kindern und Jugendlichen ist häufig und tritt in allen sozialen Schichten auf. Gesellschaftlich ist dieses Thema hingegen weitgehend tabuisiert, es findet keine wirkliche Diskussion über Ursachen und mögliche Präventionsmassnahmen statt. Die Kinder selbst haben erst recht keine Möglichkeit, sich Gehör zu verschaffen. Wenn es zu gesellschaftlichen (d.h. von ausserhalb der betroffenen Systeme kommenden) Interventionen im Falle von Misshandlung und Vernachlässigung von Kindern kommt, so geschieht dies praktisch ausschliesslich als Folge des Eintritts in einen medizinischen Kommunikationszusammenhang. Sowohl die sprachlosen Kinder als auch die überforderten Eltern drücken ihr Problem aus, indem sie zum Arzt gehen.
- Die Etikettierung *krank*, bzw. *nicht sicher gesund* hält eine Reihe von Anschlussmöglichkeiten sozialen Handelns bereit, die über das hinausgehen, was man unter dem Begriff des *sekundären Krankheitsgewinns* versteht. Weitere Arztbesuche sind möglich, ja werden sogar gefordert (im Verweigerungsfall wird das eindeutig negative Etikett der schlechten Compliance verhängt). Weitere Untersuchungen, eventuell Hospitalisationen, Operationen und Kuren sind angezeigt. All das sind zwar beunruhigende und belastende Prozeduren, die aber hohe gesellschaftliche Resonanz und durchaus auch Respekt und Anerkennung zur Folge haben. Nur schon der Kontakt mit den immer noch als schillernde und machtvolle Figuren erlebten Medizinalpersonen ist ein Privileg, ein soziales Event, das die Alternative (gesellschaftliche Irrelevanz, Kontaktlosigkeit) weit in den Schatten stellt. Das Gefühl sozialer Irrelevanz ist in der heutigen Zeit für immer mehr Menschen vorherrschend und per se schon ein gesundheitlicher Risikofaktor. Durch die beschriebene soziale Verstärkung werden solche Bevölkerungsschichten (alte Menschen, Arbeitslose, Arme) im Verhalten bestärkt, medizinische Angebote in Anspruch zu nehmen.

Invalidität als sozialer Kompromiss

- Das vieldiskutierte «Schleudertrauma» scheint ein unlösbares Problem zu sein [2]: Nach vermeintlich leichten Unfällen (praktisch ausschliesslich im Strassenverkehr) verspüren Patienten anhaltende, teilweise gar zunehmende Beschwerden verschiedener Art, die aufgrund der Unfallmechanik und der objektivierbaren organischen Befunde nicht erklärbar scheinen. Unvermeidliche Folge ist eine unüberbrückbare Kommunikationsstörung zwischen Patienten und medizinischem System, da Uneinigkeit über die Zuordnung in die Kategorien *gesund* oder *krank* besteht. Für die betroffenen Patienten rückt zunehmend das Gefühl des Unverstandenseins, der fehlenden Anerkennung als Opfer ins Zentrum ihres Leidens. Man könnte den ganzen Vorgang als Ausdruck von Wut und Ärger über die fehlende gesellschaftliche

Anerkennung als Opfer eines technisierten, menschenfeindlichen Strassenverkehrs verstehen. Der Kompromiss zwischen geschädigtem Individuum und Gesellschaft wird nun wiederum im medizinischen Kommunikationssystem gesucht, da dieses System als einziges überhaupt Resonanz zeigt. Nur über die medizinische Zuerkennung der Etikette *krank* können Versicherungsleistungen und Renten ausgelöst werden und den Patienten eine Versöhnungsmöglichkeit eröffnet werden (die in der Regel zu spät kommt).

- Die Leistungen der Invalidenversicherung haben in den letzten Jahren markant zugenommen [3], ohne dass dafür klare objektive (insbesondere medizinische) Gründe erkannt werden könnten. Bei einem grossen Prozentsatz der anerkannten Invaliditätsfälle werden heute Diagnosen aus dem engeren oder weiteren Umkreis der Psychiatrie gestellt (chronische Depressionen, Schmerzsyndrome, Lumbalgien u.ä.) [4]. Es wird deutlich, dass Invalidität weit weniger ein feststellbares medizinisches Konzept als vielmehr einen sozialen Kompromiss, eine Konvention, darstellt, die einem zeitlichen und kulturellen Wandel unterliegt. Dieser Kompromiss, das Aushandeln der Konvention, kann aber offensichtlich nur innerhalb des medizinischen Systems stattfinden. Die Anerkennung einer Invalidität ist und bleibt offiziell das Ergebnis eines medizinischen Diskurses, die Etikettierung als *krank* durch einen Arzt ist unabdingbare Voraussetzung.

Randgruppen als Störfaktoren

- Vor allem die Institutionen des öffentlichen Gesundheitswesens werden in überdurchschnittlichem Ausmass von ausländischen Patienten in Anspruch genommen. Auch wenn der objektive Gesundheitszustand von Migranten und Asylbewerbern im Durchschnitt nicht schlechter ist als in der einheimischen Bevölkerung, suchen Ausländer häufiger Notfallstationen, Polikliniken oder Ambulatorien auf [5]. Dafür können verschiedene Erklärungen angeführt werden, sicherlich gilt es zu beachten: Selbst für Menschen, denen unsere Sitten, Werte und Institutionen völlig fremd sind, ist der Diskurs *gesund* – *krank* als Prinzip absolut vertraut und verständlich, auch wenn bezüglich Diagnosen, Symptomen und Krankheitsmodellen riesige kulturelle Unterschiede bestehen mögen. Probleme und Konflikte im Zusammenhang mit der Integration dringen so über das medizinische System überhaupt erst in einer für die hiesige Gesellschaft wahrnehmbaren und somit anschlussfähigen Form ins Bewusstsein. Der Kontakt mit dem Gesundheitswesen stellt für einige Segmente ausländischer Einwohner (z.B. ghettoisierte Asylanten, Frauen, nur in homogenen Emigrantenkreisen Verkehrende) überhaupt die erste und manchmal einzige Berührung mit unseren gesellschaftlichen Werten, Strukturen, Beziehungs- und Kommunikationsstilen dar.

Die geschilderten Beispiele mögen Ärger auslösen und die Meinung bestärken, unser Gesundheitswesen sei mit unnötigen, eigentlich nicht-medizinischen Problemen und Kosten belastet. Viele Ärzte sind frustriert über die unzähligen Patienten, die «nichts Rechtes haben», aber dennoch immer wieder medizinische Hilfe beanspruchen. Gerade Angehörige von Randgruppen (Alte, Ausländer, psychisch Kranke), die den reibungslosen Ablauf der Kommunikation über die Frage *gesund* oder *krank* stören (weil sie die Sprache nicht verstehen, sich nicht gut ausdrücken können, widersprüchliche oder vage Symptome angeben, Untersuchungen verweigern oder nicht kooperativ über sich ergehen lassen, misstrauisch oder kompliziert sind), werden als unangenehm und lästig empfunden und verderben vielen die Freude am Beruf.

Dem ist entgegenzuhalten: Die oben beschriebenen Mechanismen sind essentielle und zentrale Aspekte der heutigen gesellschaftlichen Funktion des medizinischen Systems. Der medizinische Kommunikationszusammenhang ermöglicht die indirekte, aber über die steigenden Kosten vernehmbare Artikulation sozialer Konflikte und wird dadurch zum Ort gesellschaftlicher Kompromissbildung. Diese Funktionen fallen dem Gesundheitswesen zu, da andere gesellschaftliche Foren dafür fehlen, bzw. nicht genügend leistungsfähig, wirksam und mächtig sind, um die auftretenden Konflikte und Verwerfungen zu integrieren und einem Konsens zuzuführen. Der Versuch, diese Aufgabe als wichtiges soziales Teilsystem zu verleugnen, loszuwerden oder abzuschieben, muss scheitern, da im herrschenden Gesellschaftsverständnis niemand vom Diskurs über die Frage *gesund* oder *krank* ausgeschlossen werden kann.

Geld und Ausbildung

Es ist also notwendig, dass sich das medizinische System seiner grossen und durchaus ehrenvollen gesellschaftlichen Bedeutung bewusst wird und sich dieser Aufgabe mit Engagement und Professionalität widmet. Die anfallenden und immer weiter steigenden Kosten des Gesundheitswesens sind nicht rein medizinische Kosten, die aufgrund verbesserter Technik und neuer Therapien entstehen. Es handelt sich zu einem Teil um Kosten für gesellschaftliche Wandlungen und Veränderungen, die im engeren Sinn extramedizinischen Ursprungs sind (Globalisierung und Restrukturierung der Wirtschaft, Veränderung der demographischen Struktur infolge Überalterung und Migration, zunehmende Urbanisierung, Verän-

derung gesellschaftlicher und familiärer Werte usw.). Diese Kosten werden aufgrund der beschriebenen sozialen Funktion des medizinischen Systems als Gesundheitskosten gesellschaftlich verrechnet. Das freut die Krankenkassen und Rentenversicherer nicht, aus gesamtgesellschaftlicher Sicht macht es aber keinen grossen Unterschied, ob diese Kosten allenfalls vermehrt über Arbeitslosengelder, Fürsorgeleistungen oder andere Formen staatlicher Unterstützung abgegolten werden.

In der Ausbildung von Ärzten und anderen Mitarbeitern im Gesundheitswesen sollte viel stärker auf die Erarbeitung sozialer Kompetenz geachtet werden. Vielen Medizinstudenten (und Ärzten) scheint immer noch zu wenig bewusst zu sein, dass sie keineswegs in erster Linie Anwender medizinischer Technik sind, sondern Teilnehmer an einem sozialen Diskurs über Wert, Bedeutung und Würde von Menschen in der Gesellschaft. Durch die Einführung des Prüfungsfaches Psychosoziale Medizin im Medizinstudium wurde zwar diesem veränderten Selbstverständnis der Medizin Rechnung getragen, allerdings ist dieses Fach bis heute marginalisiert und für viele nur eine lästige Pflicht. Das Verständnis und das Wissen über psychosoziale Aspekte gesundheitlicher Störungen und gerade über die Bedeutung des medizinischen Systems für die Entstehung und Aufrechterhaltung solcher Störungen müssen in der Ausbildung wesentlich gefördert werden. Die korrekte Behandlung von Patienten mit diagnostisch unklaren, psychosomatischen oder Bagatelstörungen ist menschlich und fachlich ausserordentlich anspruchsvoll, denn genau bei solchen Patienten können bei falscher Behandlung hohe Kosten und Chronifizierungen ausgelöst werden. Umfangreiche, teure und ergebnislose Abklärungen bei einem Patienten vermeiden zu können, ist genauso (oder noch mehr) eine Frage fachlicher Kompetenz wie das Beherrschen elaborierter Diagnostik- und Therapieverfahren bei einem anderen.

Literatur

- 1 Luhmann N. Soziale Systeme. Grundriss einer allgemeinen Theorie. Frankfurt a.M.: Suhrkamp 1984.
- 2 Kissel W. Das Drama mit dem Schleudertrauma – das chronische Whiplash-Syndrom mit seinen neuropsychologischen und psychiatrischen Befunden. Praxis 1999;88:1793-802.
- 3 BSV-Statistik. <http://www.bsv.admin.ch/>
- 4 Fauchère PA. Die somatoforme Schmerzstörung und die Arbeitsunfähigkeit. Praxis 2001;90:627-31.
- 5 Buddeberg C, Willi J. Psychosoziale Medizin. 2. Auflage. Berlin, Heidelberg, New York: Springer; 1998.