

# Gesundheit braucht Politik

verein  
demokratischer  
ärztinnen und  
ärzte



Zeitschrift für eine soziale Medizin

Nr. 4/2017 | Solibeitrag: 5 Euro



## Wissen wir, was wir tun?

Evidenz und Methodik  
in der medizinischen Praxis

|   |    |
|---|----|
| Peter Hoffmann / Nadja Rakowitz: Editorial. Erkenntnis aus Widersprüchen entwickeln   | 3  |
| Peter Hoffmann / Nadja Rakowitz: »Wissen wir, was wir tun?« Bericht über die JHV in München   | 4  |
| Leseempfehlung: Uwe Heyll zur Theorie der modernen Alternativmedizin  | 7  |
| Ingrid Mühlhauser / Gabriele Meyer: Klarstellung und Perspektiven – Evidenzbasierte Medizin   | 8  |
| Norbert Donner-Banzhoff: Archäologie einer Beziehung. Zum Arzt-Patient-Verhältnis   | 11 |
| Heinz-Harald Abholz: Wissen wir, was wir tun? Das Erkenntnisproblem in der medizinischen Praxis   | 15 |
| Thomas Kunkel: Esoterik in Zucker. Homöopathie wirkt nicht und dient als Einstieg in die Esoterik   | 18 |
| Michael Janßen: Cannabis als Medizin. Die Bewilligungs- und Versorgungslage seit März 2017  | 20 |
| Arnd Hofmeister: Reflexive Meta-Theorie für die Gesundheitsförderung – Bedeutung für Theoriebildung und berufliches Handeln                 | 22 |
| Volkmar Sigusch: Verrücktheit des Objektiven. Über die Möglichkeit von Erkenntnis unter den Bedingungen von Fetischismus und Verdinglichung | 25 |
| Wolfram J. Herrmann, Sabine Gehrke-Beck, Christoph Heintze: Kiezmedizin erleben und gestalten   | 28 |
| Eike Sanders: Lahmende Lobby. Die »Lebensschutz«-Bewegung und den Fall Kristina Hänel   | 30 |

## Der vdää

ist bundesweit organisiert; er setzt sich für die Demokratisierung der Strukturen der ärztlichen Standesvertretung ein und versucht, Einfluss zu nehmen auf die Gesundheitspolitik.

Sollten Sie von uns informiert werden wollen, so setzen Sie sich bitte mit unserer Geschäftsstelle in Verbindung. Gerne können Sie sich auch online über den neuen vdää-Newsletter auf dem Laufenden halten. Die Zeitschrift »Gesundheit braucht Politik« ist die Vereinszeitung, die viermal jährlich erscheint. Namentlich gekennzeichnete Artikel geben nicht unbedingt die Vereinsmeinung wieder.

**Liebe vdää-Mitglieder,**

**Kommunikation ist einfacher per Email als per Post. Wir haben aber noch immer nicht die Emailadressen von allen Mitgliedern. Wenn Ihr uns Eure Mailadresse noch nicht gegeben habt oder wenn Ihr eine neue Mailadresse habt, gebt Sie uns bitte.**

**Gleiches gilt für die Postadresse und die Bankverbindung, falls Ihr uns eine Einzugsermächtigung gegeben habt. Es erspart uns Bürokratie, wenn wir das rechtzeitig von Euch bekommen.**

**Bei der Gelegenheit möchten wir auch daran erinnern, Euren Vereinsbeitrag an Eure evtl. neue berufliche Situation anzupassen.**

**Herzliche Grüße aus der Geschäftsstelle**

## Redaktion

Thomas Kunkel, Eva Pelz,  
Nadja Rakowitz, Andrea Schmidt,  
Bernhard Winter

## Impressum

Gesundheit braucht Politik 4/2017  
ISSN 2194-0258  
Hrsg. vom Verein demokratischer  
Ärztinnen und Ärzte  
V.i.S.d.P. Thomas Kunkel / Bernhard  
Winter

## Bilder dieser Ausgabe

pixabay.com, CCO  
Titelbild: bfishadow auf Flickr

### Geschäftsstelle:

Kantstraße 10, 63477 Maintal  
Telefon 0 61 81 – 43 23 48  
Mobil 01 72 – 1 85 80 23  
Fax 0 61 81 – 49 19 35  
Email info@vdaee.de  
Internet www.vdaee.de

Bankverbindung: Postbank Frankfurt,  
IBAN: DE97500100600013747603  
BIC: PBNKDEFFXXX

Satz/Layout: Birgit Letsch  
Druck: Druckerei Grube

# Editorial

## Erkenntnis aus Widersprüchen entwickeln

»Wissen nützt!« – bei einer Zeugnisverleihung prangte dieser optimistische Slogan auf dem T-Shirt eines fröhlichen Abiturienten. Da hatte sich augenscheinlich etwas erhalten von der wilden Begeisterung eines Kindes, das Lesen gelernt und sich mit dieser Fähigkeit nun aufgemacht hat, neue Welten zu erforschen.

In Studium und Ausbildung stehen ja Momente befriedigenden oder gar begeisternden Erkenntnisgewinns gegen solche, in denen es sich anfühlt, als müsse man Sägemehl kaufen. Menschen aus anderen akademischen Fächern zeigen sich irritiert von einem Medizinstudium, in dem viel gepaukt aber wenig wissenschaftliche Arbeitstechniken gelernt und angewandt werden. Promotionen in der Medizin fehlt es nicht selten an einer wissenschaftlich respektablen Flughöhe. Der Medizin wird oft nachgesagt, ihre Neugier auf die Welt der Wissenschaften sei jenseits ihrer Wagenburg nur gering ausgeprägt.

In der Praxis des Arztberufs verschieben sich die Gewichte dann aus verschiedenen Gründen in der Regel noch weiter weg von einer Wissensaneignung mit kritischer Reflexion hin zu einem routinierten Pragmatismus unterschiedlicher Qualität.

In dieser Ausgabe von *Gesundheit braucht Politik* soll es jedoch einmal nicht um die ebenfalls berechtigte Frage gehen, welche destruktiven Einflüsse ungünstige Arbeitsbedingungen oder Ökonomisierung auf die tägliche ärztliche Berufspraxis haben. Eine höchst kontroverse Diskussion um Homöopathie hat uns dazu bewogen, die Frage einmal grundsätzlicher zu stellen: Was ist Medizin? Über viele Jahrhunderte tradierte und beständig verfeinerte ärztliche Heil»kunst« bzw. kunstfertiges Handwerk? Die Anwendung naturwissenschaftlicher Erkenntnisse? Gar selbst eine Naturwissenschaft oder doch eher eine Sozial- und Gesellschaftswissenschaft? Oder von allem etwas?

Wir haben uns die Frage gestellt: Aus welchen Quellen schöpfen Ärzt\*innen Erkenntnis, gibt es eine einheitliches, umfassendes Konzept einer Erkenntnistheorie der Medizin? Ist Medizin eine Wissenschaft, muss sie eine solche sein? Und wenn sie eine Wissenschaft ist, muss sie dann EINE Wissenschaft sein oder kann es einen »Wissenschaftspluralismus« geben. Was sind die konzeptionellen Unterschiede von »Schul«medizin und alternativen Heilmethoden und wie sieht es in der Praxis damit aus, in der gelebten Wirklichkeit einer Kommerzialisierung von Gesundheitsversorgung?

Mit diesen Fragen befassten wir uns beim gesundheitspolitischen Tag 2017 und es wurde tatsächlich spannend, konzentriert, erkenntnisreich. Wir hoffen, dass die von uns zusammengestellten – zugegeben nicht ganz einfachen – Texte Euch zum Nachdenken bringen, den Blick weiten oder Appe-

tit machen auf andere Zugänge zu unserem gemeinsamen Gegenstand: Den Anfang machen der Bericht über die JHV und Texte unserer Referent\*innen, sowie ein Text von Heinz-Harald Abholz zur Frage: »Wissen wir, was wir tun?«. Im Anschluss folgt eine scharfe Kritik der Homöopathie von Thomas Kunkel, die auch die politischen Implikationen diskutiert. Michael Janßen stellt uns die Rechts- und Bewilligungslage bzw. Theorie und Praxis bezüglich Cannabis als Medizin vor.

Mit den Texten von Arnd Hofmeister und Volkmar Sigusch begeben wir uns in die relativ abstrakten Gefilde der Erkenntnistheorie oder, wie es Walter Benjamin gesagt hätte, in die »Eiswüste der Abstraktion«. Hofmeister kritisiert den Mangel an (theoretischer) Reflexion in den Gesundheitswissenschaften, der dazu führt, dass ehemals kritische Begriffe längst – und größtenteils unbemerkt von den Sprechenden – vereinnahmt sind vom »Begriffsrepertoire des new capitalism der Gegenwart«. Und er plädiert dafür – wie im folgenden Text Volkmar Sigusch, Begriffe aus Widersprüchen heraus zu entwickeln. Unter Rückgriff auf die kritischen Theorien von Marx und Freud diskutiert Sigusch die Mystifikationen einer Gesellschaft mit kapitalistischer Produktionsweise, die auch vor dem Intimsten nicht Halt machen. Und er zeigt zugleich, dass Kritik der Modus des Erkennens sein muss, wenn man an den Verhältnissen nicht verrückt werden will.

Konkreter, aber nicht weniger interessant wird es, wenn uns Christoph Heintze, Wolfram J. Herrmann und Sabine Gehrke-Beck ein neues Projekt an der Charité vorstellen, das versucht, im Wahlpflichtfach »Kiezmedizin erleben und gestalten« soziale Einflüsse auf Gesundheit und Krankheit für Medizinstudierende praktisch erlebbar zu machen. Eike Sanders beschreibt, dass der – verlorene – Prozess gegen die Gynäkologin Kristina Hänel für die »Lebensschutz«-Bewegung dennoch kein Erfolg war.

Wir wünschen gute Erkenntnisse beim Lesen und entschuldigen uns zugleich, dass wir diese Ausgabe erst mit einiger Verspätung fertigstellen konnten.

Peter Hoffmann / Nadja Rakowitz

### Save the Dates

- Jahreshauptversammlung  
16.-18. November 2018, Köln
- vdää on tour – Fahrt nach Dänemark  
21. – 24.06.2018 - neuer Termin

# »Wissen wir, was wir tun?«

## Peter Hoffmann und Nadja Rakowitz über die JHV in München

Die diesjährige JHV des vdää fand vom 3.-5. November in München statt. Für das Gesundheitspolitische Forum hatten wir folgende Frage zum Thema gemacht: »Wissen wir was, wir tun? Evidenz und Methodik in der medizinischen Praxis«. Die Veranstaltung am Freitagabend hat traditionell ein anderes Thema und ist nicht nur an ein Fachpublikum sondern auch an die städtische Öffentlichkeit gerichtet. Zusammen mit dem Verein Solidarisches Gesundheitswesen e.V. luden wir ein mit der Frage: »Doppelt bestraft?« zur Diskussion über Medizinische Versorgung in Haftanstalten.

### ■ »Doppelt bestraft?«

Besonders diese Veranstaltung stellte für uns ein Wagnis dar, denn manche Münchner\*innen waren sich nicht sicher, ob dieses Thema viele Menschen interessieren würde. Wir kamen auf das Thema, weil wir in den letzten Monaten mehrere Briefe von Häftlingen bekommen haben mit Beschwerden über die schlechte medizinische Versorgung und Anfragen, ob der vdää hier Abhilfe schaffen könne. Wir bildeten eine kleine Arbeitsgruppe, die unter Hinzuziehung einiger kompetenter Profis auf diesem Gebiet zu dem Schluss kam, dass der vdää hier aktiv werden müsste. Es kamen zwei weitere spezifisch bayrische Aspekte dazu: Zum einen hatte der Europäische Gerichtshof für Menschenrechte im September 2016 Deutschland verurteilt, weil einem heroinabhängigen Häftling in Kaisheim/Bayern über Jahre die Ersatzstoffbehandlung verwehrt wurde. Es ist kein Zufall, dass das Urteil des Menschenrechtsgerichtshofs zur Substitutionstherapie Bayern getroffen hat, denn in dortigen Knästen ist die Gewährung der Substitution besonders mangelhaft. Zum anderen findet seit Juni 2016 am OLG München ein Prozess gegen zehn Mitglieder der türkischen TKP/ML statt, denen Unterstützung einer terroristischen Organisation im Ausland vorgeworfen wird. Und dies, obwohl die seit 2006 andauernde Überwachung durch das BKA ergab, dass der TKP/ML hierzulande keine einzige konkrete Gewalt- oder Straftat vorgeworfen werden kann. Die Verfolgung in Deutschland ist nur möglich durch eine so genannte Verfolgungser-

mächtigung an die Bundesanwaltschaft, ausgesprochen vom Bundesjustizminister nach § 129b StGB. Dabei sollen nach der Gesetzesbegründung außenpolitische Interessen Deutschlands berücksichtigt werden.

Die Befürchtungen wegen der Teilnahme erwiesen sich als unbegründet: Letztlich kamen ca. 100 Teilnehmer\*innen – darunter ca. die Hälfte junge Leute: Aktivist\*innen, Medizinstudierende oder junge Ärzt\*innen. Wir bekamen wegen dieser Veranstaltung auch ungewöhnlich viel positive Resonanz aus der Mitgliedschaft des vdää: Endlich werden die zum Teil skandalösen Verhältnisse in deutschen Gefängnissen mal zum Thema gemacht! Als Referenten hatten wir uns empfehlen lassen: Wilfried Weyl (ehem. PDL JVA Butzbach), Dr. Tobias Bauhofer (Anstaltsarzt, JVA München Stadelheim), Dr. Hannes Rabe (München, Qualitätsbeauftragter für Substitution der KV Bayern). Michael Janßen, Arzt für Allgemein- und Suchtmedizin Berlin und stellvertretender Vorsitzender des vdää hatte die Veranstaltung inhaltlich vorbereitet und moderierte. Der Abend verlief dann allerdings ein wenig anders als geplant, denn das Vorhaben war ja, die Missstände in deutschen Gefängnissen in den Mittelpunkt zu stellen. Mit Herrn Weyl aus Butzbach in Hessen und Herrn Bauhofer aus Stadelheim hatten wir nun aber zwei Vertreter von – so schien es uns nach ihren Vorträgen – relativ vorbildlichen Einrichtungen, in denen den Häftlingen eine angemessene medizinische Versorgung zukommt – einschließlich der Drogensubstitution in Stadelheim. Einzig Hannes Rabe berichtete aus seiner Erfahrung mit ab-

hängigen ehemaligen Häftlingen in der ambulanten Versorgung von großen Mängeln in den Gefängnissen. Dies waren mehrheitlich auch die Erfahrungen der Menschen im Publikum, so dass wir am Ende eine Vorstellung von guter Versorgung im Knast bekamen, aber keine davon, wie man diese flächendeckend verwirklichen könnte. Uneinigkeit bestand am Ende auch, ob es sinnvoll sein könnte zu fordern, dass Häftlinge im Knast ihre Krankenversicherung behalten sollen oder ob es ihnen zum Vorteil gereicht, dass sie nicht (gesetzlich) versichert sind, sondern der Staat als *freie Heilfürsorge* die Versorgung direkt bezahlt. Fazit: Der vdää wird an dem Thema dran bleiben und weiter diskutieren, welche Mängel es hier gibt und wie wir uns für diese Gruppe von Patient\*innen ohne gesellschaftliche Lobby einsetzen können.

### ■ »Wissen wir, was wir tun?«

Eine schon länger dauernde Diskussion im Vorstand des vdää über Sinn und Unsinn von Homöopathie führte uns zu der grundsätzlichen Frage, wie eigentlich Erkenntnis in der Medizin zustande kommt und welche Art von Wissenschaftlichkeit die Medizin für sich beansprucht bzw. beanspruchen kann und will. Weil wir uns schnell bewusst wurden, wie wenig diese Frage reflektiert und entsprechend bei der Ausbildung von Mediziner\*innen ernst genommen wird, machten wir »Wissen wir, was wir tun?« zur Leitfrage des diesjährigen gesundheitspolitischen Forums. Nach langen Diskussionen entschieden wir uns für folgende Referent\*innen: Dr. Uwe Heyll von der Uni-



versität Düsseldorf, Prof. Dr. Ingrid Mühlhauser von der Universität Hamburg und Prof. Dr. Norbert Donner-Banzhoff von der Universität Marburg. Der Nachmittag sollte – wie schon letztes Jahr erfolgreich – aus verschiedenen Workshops bestehen, in denen die Thematik vertieft werden konnte.

### **Uwe Heyll: Das Erkenntnisproblem in der Medizin – wissenschaftsbasierte und alternative Medizin**

Uwe Heyll ist Arzt und Philosoph mit einem Lehrauftrag am Institut für Geschichte der Medizin Düsseldorf. An den Beispielen Robert Koch und Samuel Hahnemann, dem Erfinder der Homöopathie stellte Heyll die unterschiedlichen erkenntnistheoretischen und konzeptionellen Unterschiede der naturwissenschaftlich orientierten Medizin und alternativer (naturheilkundlicher) Heil- und Therapieverfahren dar. (Siehe dazu die Leseempfehlung auf Seite 7). Zweck seines Vortrags war, eine analytische Einführung zu machen, was »Schul«medizin theoretisch kennzeichnet (bzw. kennzeichnen sollte): ein kritischer Realitätsbezug mit Hypothese, Experiment, objektivierbaren Wirkungen bzw. Wirkungslosigkeit, Wiederholbarkeit, Möglichkeit der Falsifizierung. Und dagegen die nicht-empirische Methodik der alternativmedizinischen Konzepte zu stellen und dann zu diskutieren, ob bzw. warum es keine Grundlage für ein »plurales Wissenschaftsverständnis« gibt – und warum und wie Alternativmedizin dennoch reale therapeutische Wirkungen entfaltet. Die Reflexion der Wirkungsweisen therapeutischen Handelns (objektiv wirksame Substanzen und Interventionen UND Mythen, Ritu-

ale, Inszenierung) könnte auch wissenschaftlich basierten Ärzt\*innen bzw. ihren Patient\*innen wie in der Alternativmedizin (AM) Erkenntnisgewinn und Nutzen bringen, um therapeutische Wirkungen zu erzielen. Dabei diskutierte Uwe Heyll auch, ob die gelebte medizinische Praxis jetzt und hier den Anspruch der Wissenschaftsbasierung der Evidenz einlöst, oder ob Ärzt\*innen im Grunde intuitiv oder nach Belieben handeln, und dabei sich selbst oder ihren Patient\*innen nur den Mythos vorspielen, ihr Handeln gründe auf Empirie und Evidenz. Heylls Frage am Ende war also: Wann und inwieweit unterliegen wir Ärzt\*innen einer ähnlichen performativen Täuschung wie naturheilkundliche Heiler\*innen?

Doch auch so gestellt, ging sie manchen der Anwesenden zu weit, die selbst neben der Schulmedizin auch z.B. mit Homöopathie oder Akupunktur arbeiten. Die Wirkung auf die Inszenierung oder das Setting zu reduzieren, schien manchen fragwürdig, auch wenn sie keine Antwort auf die Frage der Wissenschaftlichkeit geben konnten.

### **Ingrid Mühlhauser: Evidence Based Medicine – theoretisches Potenzial und Grenzen**

Ingrid Mühlhauser, Internistin, Lehrstuhlinhaberin für Gesundheitswissenschaften an der Universität Hamburg und stellvertretende Vorsitzende des Deutschen Netzwerks Evidenzbasierte Medizin, stellte das Konzept der evidenzbasierten Medizin dar (siehe ihren Artikel auf Seite 8): Was gehört zur Methodik und was kann sie vom Konzept her leisten, wo liegen die theoretischen Grenzen, welches Potenzial hat EBM und welchen Stellen-

wert sollte sie in der Medizin einnehmen? In ihrem Vortrag machte sie deutlich, wie wichtig Aufklärung und eine gute Kommunikation mit den Patient\*innen ist und zeigte an Beispielen, wie einfach und schnell in der Darstellung von Ergebnissen oder auch bei der Werbung für Therapien mit Zahlen und Prozentverhältnissen manipuliert werden kann – gerade unter den Bedingungen von Ökonomisierung und Kommerzialisierung im Gesundheitswesen. Das Potential der EbM sieht Ingrid Mühlhauser darin, Medizin demokratisch statt paternalistisch, faktenbasiert statt eminenzbasiert zu betreiben und sowohl Überdiagnosen und Übertherapien als auch Unter- und Fehlversorgung zu reduzieren. Zu den vielfältigen Umsetzungsbarrieren gehört lt. Mühlhauser, dass viele Ärzt\*innen EbM gar nicht praktizieren können, weil EbM nicht die Basis des Medizinstudiums ist. Aber auch das tradierte Rollenverständnis des Arztberufs, ein falsches Verständnis von Therapiefreiheit und fehlende Entscheidungshilfen gehören dazu.

In der Diskussion entstand der Eindruck, dass die Mediziner\*innen-ausbildung in Deutschland in puncto Wissenschaftlichkeit und Vermittlung wissenschaftlicher Arbeitstechniken, vielleicht auch Aneignung und Teilhabe an der internationalen Diskussion hinter dem angloamerikanischen Raum zurückbleibt.

Sowohl Ingrid Mühlhauser als auch Uwe Heyll blieben noch, um anschließend in dem jeweiligen Workshop weiter mit uns zu diskutieren.

### **Norbert Donner-Banzhoff: Die alltägliche Versorgung und der wissenschaftliche Anspruch**

Norbert Donner-Banzhoff ist Lehrstuhlinhaber der Abteilung für Allgemeinmedizin, präventive und rehabilitative Medizin im Zentrum für Methodenwissenschaften und Gesundheitsforschung in Marburg und war angefragt worden darzustellen (vgl. sein Artikel auf Seite 11), wie in der konkreten ärztlichen Versorgung Erkenntnisse gewonnen werden, wie in der Praxis Erkenntnisse »angewandt« und umgesetzt werden können, wie Entscheidungsfindung und Lernprozesse mit wissenschaftlichem Anspruch

und partizipativer Einbeziehung der Patient\*innen gelingen könnten. Das machte er mit großer Bravour. Zunächst wies Donner-Banzhoff darauf hin, dass es ihm um die Schwierigkeiten und Widersprüche gehe und nicht um »glatte Ergebnisse« oder einfache Lösungen. Und er »warnte«, dass die Zuhörer\*innen eher grübelnd als froh und erleichtert nach Hause gehen würden nach seinem Vortrag. Und ob sie bessere Ärzt\*innen nach dieser Veranstaltung würden, müsse mit einem großen Fragezeichen versehen werden. Zumindest aber könnten sie reflektiertere Ärzt\*innen sein. In Anknüpfung an den Vortrag und die Diskussion mit Ingrid Mühlhauser diskutierte Donner-Banzhoff das Problem, dass sich Evidenz aus Studien nicht direkt am Patienten umsetzen lässt: Sie verlangt nach Interpretation, ob das Problem des Patienten überhaupt exakt auf die Studie passt, was genau das Problem des Patienten ist etc.; und dann verlangt sie nach Prüfung auf Kontraindikationen, Wechselwirkungen, auch nach Verlässlichkeit der Evidenz usw. Dies muss verständlich mit dem Patienten besprochen werden und erst dann könne es zu einer guten, gemeinsamen Entscheidung kommen. Die Wissenschaft, so Donner-Banzhoff, liefere »defaults«; für Abweichungen im Einzelfall bedürfe es guter Gründe. Die ärztliche Situation sei durch prinzipielle Widersprüche gekennzeichnet (»Was dem einen sein Bias, ist dem anderen sein Freund!«). Diese Widersprüche können nicht aufgelöst, sondern müssen reflektiert werden.

Die Vorträge waren diesmal extrem gut aufeinander abgestimmt und auf hohem kritischem Niveau. Entsprechend waren Diskussionen und das Feedback der Teilnehmer\*innen. Selbstkritische reflektierte Diskussionen dieser Art finden sich kaum an den Universitäten, schon gar nicht auf Ärztetagen oder bei berufsspezifischen Veranstaltungen. Gleichzeitig zeigte der Vormittag, wie dringend nötig und anregend sie aber sind.

**A**m Nachmittag teilte sich die Gruppe auf in fünf Workshops, die zum Teil die Themen des Vormittags vertieften, zum Teil aber auch andere Aspekte diskutierten:

- a. Grenzen der Evidence Based Medicine (mit Ingrid Mühlhauser, Peter Hoffmann)
- b. Homöopathie als Kassenleistung? (mit Nobert Schmacke, Thomas Kunkel, Wulf Dietrich)
- c. Race und Medizin (mit Felix Ahls, Carina Borzini und Paul Brettel)
- d. Klassenspezifische Probleme in der ärztlichen Praxis (mit Phil Dickel, Peter Friemelt vom Gesundheitsladen München und Ingeborg Oster)
- e. Cannabis als Medizin (mit Franjo Grotenhermen – per Skype, Michael Janßen, Thorsten Opitz vom MDK Bayern)

Den Abschluss der inhaltlichen Diskussion bildete eine Diskussionsrunde, zu der wir Menschen in verschiedenen Etappen ihres beruflichen Lebens gefragt haben, was bemerkenswert für sie war an den Diskussionen: Auf dem Podium saßen Vero Braig, Hebamme und Medizinstudentin aus Frankfurt/Main, Peter Friemelt, Patientenberater aus München, Pauline Wildenauer, Ärztin in Weiterbildung in einem Krankenhaus in Bremen und Bernhard Winter, seit 25 Jahren niedergelassener Gastroenterologe aus Offenbach. Vero Braig erinnerte sich zunächst an ihre Hebammenausbildung in Irland und die großen Differenzen zum Studium in Deutschland. Was Ingrid Mühlhauser über EBM gesagt habe, sei Teil der Ausbildung in Irland, nicht aber in Deutschland.

Peter Friemelt freute sich, nun verstanden zu haben was evidenzbasierte Medizin bedeutet. Ihn treibe oft die Sorge um, ob Ärzt\*innen sich eigentlich ausreichend um Qualität kümmern, geschweige um die notwendigen Rahmenbedingungen, damit Qualität entstehen kann. Er erwarte als Patient\*innenvertreter, dass wir Ärzt\*innen Skandale anprangern, wie das Fehlen von Dolmetscherleistungen im Leistungskatalog der GKV, das Ignorieren des Bedarfs nach fremdsprachigen Psychotherapeut\*innen ebenso wie die unheilige Allianz von GKV und Kassenzahnärzt\*innen bei der zunehmenden Privatisierung von Leistungen.

Bernhard Winter hob hervor, dass wir Ärzt\*innen bei der Reflexion der unterschiedlichen Beziehungsebenen im therapeutischen Prozess und für die Auswahl der besten auf die Krankheits-

situation des individuellen Patienten abgestimmten Diagnoseschritte und Therapien Zeit benötigen. Zeit, die uns die Ökonomisierung des Gesundheitswesens stiehlt.

Auch Pauline Wildenauer betonte, wie wichtig Zeit für eine gute Medizin sei, auch die Zeit für Kommunikation und Vernetzung in der beruflichen Praxis wie auch auf gesundheitspolitischer und gewerkschaftlicher Ebene mit den anderen Berufsgruppen.

## ■ Bayrischer Abschied

Für den Abend hatten wir uns noch etwas Besonderes einfallen lassen: Wulf Dietrich hatte schon bei den Vorstandswahlen im Jahr 2015 in Leipzig angekündigt, dass er nach 14 Jahren als Vorsitzender des vdää 2017 nicht mehr zum Vorsitzenden kandidieren würde, den er seit Oktober 2003 innehatte. Das gab uns die Möglichkeit einen angemessenen Abschied von Wulf als Vorsitzenden zu organisieren. Zunächst würdigte Gerhard Schwarzkopf in seiner Rede ausführlich Wulfs beständige, zuverlässige und kluge Amtsführung, die den vdää ständig weiterentwickelt hat. Als musikalischen Höhepunkt war es uns gelungen, Hans Well (früher Mitglied der Biermösl Blosn) und die Wellpappn für ein kleines Konzert zu gewinnen. Sie spielten und sangen ihre auf den vdää und Wulf umgetexteten linken Lieder mit bayrischer Volksmusik. Das war schräg und witzig und ein gelungener Abschluss dieses Tages und dieser Etappe für den vdää.

Bei der Mitgliederversammlung am Sonntag wurde dann eine Satzungsänderung beschlossen, die es ermöglicht, ein Vorsitzendenkollektiv einzusetzen. Die bisherigen stellvertretenden Vorsitzenden Peter Hoffmann, Michael Janßen, Thomas Kunkel, Bernhard Winter und Andreas Wulf sind nun die neuen gleichberechtigten Vorsitzenden. (Das Protokoll der MV findet sich in der Beilage zu dieser Ausgabe von *Gesundheit braucht Politik*.) Für den vdää bedeutet das eine konsequente Weiterentwicklung seiner internen Strukturen. Es wird für den neuen Vorstand in den nächsten Jahren auch viel zu tun geben.

*Die Powerpoints der Vorträge finden sich auf der Homepage des vdää.*



## Leseempfehlung

# Uwe Heyll zur Theorie der modernen Alternativmedizin

**U**we Heyll ist Mediziner und Lehrbeauftragter am Institut für Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin der Universität Düsseldorf. Er war einer der Referent\*innen beim diesjährigen Gesundheitspolitischen Forum des vdä. U.a. sein Beitrag: »Franz Anton Mesmer, Benjamin Franklin und die Geburt der alternativen Medizin. Eine Skizze zur Theorie der modernen Alternativmedizin« in dem von Norbert Schmacke herausgegebenen Buch: »Der Glaube an die Globuli: Die Verheißungen der Homöopathie« (2015) regte uns an, uns gründlicher mit dem Thema der Erkenntnis in der Medizin zu beschäftigen.

Aufhänger des Aufsatzes von Uwe Heyll ist ein Aufruf des damaligen Präsidenten der Bundesärztekammer, Jörg-Dietrich Hoppe, ein »Dialogforum Pluralismus in der Medizin« ins Leben zu rufen, das die bisherigen »Glaubenskriege« zwischen Schulmedizin und Alternativmedizin in einen »rationalen Diskurs« überführen und einen Beitrag zu einer »Integration der therapeutischen Schulen« leisten sollte. Uwe Heyll erläutert in seinem Text die Anfänge der Alternativmedizin und der wissenschaftlichen Überprüfung derselben am Beispiel Franz Anton Mesmers. Und er macht deutlich, dass es sich bei

Alternativmedizin nicht um einen anderen wissenschaftlichen Zugang handelt, sondern um gar keine wissenschaftlichen Verfahren – weder vom eigenen Anspruch noch von der Praxis her. Diese Praxis wird dann erläutert als ein Ensemble von Placeboeffekten, Bedeutungseffekten, von symbolischem Handeln und Inszenierungen, die mit Mythen und Ritualen arbeiten, und bei denen die »Performance des Alternativmediziners« wichtiger Bestandteil des Prozesses zwischen »Mediziner\*in« und Patient\*ist.

**W**as die Rolle des Alternativmediziners anbelangt, lasse sich der grundlegende Irrtum als performative Täuschung beschreiben, die alle seine therapeutischen Maßnahmen begleitet. Auf gesellschaftlicher Ebene führe der Irrtum über die Handlungsgrundlagen der Alternativmedizin, so Heyll in seinem Reüme, zur Ausbildung rationaler Dystopien in den Institutionen des medizinischen Handlungssystems, die zu Fehlallokationen und Effizienzverlusten führten. Angesichts dieser Sachlage erscheint die vom Dialogforum Pluralismus in der Medizin geäußerte Erwartung, die parallele Institutionalisierung von wissenschaftlicher Medizin und alternativer Medizin

habe ausschließlich positive, synergistische Effekte, indem sie für eine »patientengerechte und wirkungsvolle Integration verschiedener therapeutischer Schulen« Sorge, als unhaltbar. Ein Nebeneinander von wissenschaftlicher und alternativer Medizin in Form pluraler, gleichberechtigter Wissenschaften ist »auf Augenhöhe« nicht denkbar, weil aus wissenschaftlicher Sicht nicht akzeptabel erscheint, die Nicht-Verfügbarkeit einer Definition der Alternativmedizin als gegeben hinzunehmen oder die Alternativmedizin gar als prinzipiell nicht-definierbar anzusehen, um auf dieser Grundlage die politische Forderung nach Pluralismus zu begründen. Ein derartiges Vorgehen heiße, so Heyll, die alternative Mythologie um einen weiteren Mythos zu ergänzen – und zwar den Mythos pluraler Wissenschaften.

*Wenn Sie sich also gründlicher mit den Fragen der Begründbarkeit der Homöopathie oder anderer Alternativer medizinischer Verfahren beschäftigen wollen, sei Ihnen der Text von Uwe Heyll (bzw. das ganze Buch von Norbert Schmacke) sehr empfohlen. Sie können ihn auf der neuen Homepage von Gesundheit braucht Politik abrufen und nachlesen.*

# Klarstellung und Perspektiven

## Ingrid Mühlhauser und Gabriele Meyer über Evidenzbasierte Medizin

Evidenzbasierte Medizin wird einerseits oft postuliert, andererseits oft als »Kochbuch-Medizin« denunziert, die die Freiheit des Berufs einschränke oder ähnliches – das alles oft ohne Kenntnis, was EbM eigentlich genauer meint. Ingrid Mühlhauser und Gabriele Meyer erläutern, dass es zunächst einmal darum geht, dass Mediziner\*innen mündig mit den Wissensbeständen umgehen, sich kompetent und unabhängig aktuelles und valides Wissen aneignen sowie dieses in ihrer klinischen Tätigkeit nutzen...

Das *Deutsche Ärzteblatt* hat in den letzten Jahren mehrere Meinungsartikel veröffentlicht, die sich mit der Evidenzbasierten Medizin (EbM) auseinandersetzen. Den jüngsten Beitrag aus dieser Reihe (1) nehmen wir zum Anlass für eine Klarstellung und eine Skizzierung aktueller Entwicklungen der EbM. In ihrem EbM-kritischen Beitrag beklagen Eichler et al. die mangelnde Qualität klinischer Studien und Leitlinien, den unreflektierten Umgang mit Leitlinien, die schlechte Kommunikation zwischen Wissenschaftlern, Ärzten und Patienten, die unzureichende Ausbildung im Medizinstudium und einiges mehr (2). Sämtliche Defizite werden der EbM angelastet. Dabei wird verkannt, dass es gerade die EbM ist, die in Kritikfähigkeit schult und methodische Schwächen klinischer Studien offenlegt. Der strukturierte und analytische Ansatz der EbM hat sowohl in der Wissenschaft als auch in der Gesundheitsversorgung Rationalisierung, Patientenorientierung und Qualitätsverbesserung befördert. Es ist ein Kernelement der EbM, die eigenen Methoden und Prozesse kontinuierlich zu überprüfen und zu verbessern. Wie häufig in ablehnenden Kommentierungen der EbM, liegt auch dem Beitrag von Eichler et al. (1) ein Missverständnis zugrunde, was EbM ist und was sie nicht ist, was ihr Auftrag ist und was sie zu leisten vermag (3). Allerdings hat diese Frage schon vor 20 Jahren David Sackett in seinem viel beachteten Aufsatz »Evidence based medicine: what it is and what it isn't« (4) beantwortet.

Anfangs war EbM eine Überzeugung eines kleinen Kreises von Medizinern, der sich für die Methoden der klini-

schen Epidemiologie begeisterte, aussagekräftige Studiendesigns verlangte, aus Trugschlüssen der Medizin Konsequenzen ziehen wollte und Unabhängigkeit von interesselgeleiteten Meinungsbildnern forderte. In den folgenden Jahren wuchs die Benutzung der EbM-Methoden weit über die originäre Idee Sacketts hinaus, wurde von anderen Gesundheitsprofessionen übernommen, in gesetzliche Vorgaben der Patientenversorgung überführt und ist inzwischen auf der Gesundheitssystemebene angekommen. Wir erachten eine neuerliche Standortbestimmung von EbM vor dem Hintergrund der Entwicklungen seit Sacketts Grundsatzaufsatz für notwendig.

### ■ Evidenzbasierte Medizin in der Aus- und Weiterbildung

Ein Survey des *Deutschen Netzwerks Evidenzbasierte Medizin (DNEbM)* zeigt, dass mittlerweile neun von zehn medizinischen Fakultäten nach Selbsteinschätzung EbM als Lehrinhalt anbieten (5). Über die Qualität des Angebots kann jedoch keine Aussage getroffen werden. Der Nationale Kompetenzbasierte Lernzielkatalog Medizin definiert die Vermittlung der Handlungskonzepte der EbM im Studium der Humanmedizin als verbindliche Zielsetzung (6, 7).

Ein Fünf-Tages-Kurs, wie von Eichler et al. (1) offenbar an ihrem Wirkungs-ort der Universitätsmedizin Mainz praktiziert, kann jedoch gerade einmal Interesse wecken und ein grundlegendes Verständnis ermöglichen, nicht hingegen eine echte Methodenkompetenz vermitteln. EbM in fünf Tagen impliziert ein reduktionistisch-mechanistisches Verständnis. EbM ist kein Modul, das

einem kleinteiligen Kanon des Medizinstudiums auch noch hinzugefügt werden soll, EbM muss die grundlegende Haltung und Kompetenz sein. Natürlich herrscht an den medizinischen Fakultäten in Deutschland nicht EbM-Freiheit, aber ein fächerübergreifendes methodisches Handwerk im Medizinstudium ist EbM bislang sicher nicht. Nicht nur in den klinischen Anteilen des Studiums ist die kontinuierliche Anwendung der Methoden der EbM unabdinglich. Auch in den nichtklinischen Disziplinen darf die regelhaft kritische Reflexion der Lehrinhalte und Techniken nicht fehlen, stehen doch zunehmend Publikationen aus der Grundlagenforschung, der Psychologie und anderen der Medizin anverwandten Wissenschaften wegen fehlender Reproduzierbarkeit ihrer Ergebnisse und unzulänglicher Studiendesigns in der Kritik (8, 9). Jede/r sollte zweifelsohne erwarten können, dass Mediziner mündig mit den Wissensbeständen umgehen, sich kompetent und unabhängig aktuelles und valides Wissen aneignen sowie dieses in ihrer klinischen Tätigkeit nutzen. Anderenfalls besteht tatsächlich kein Grund, Medizin an Universitäten zu lehren; denn dann sind die Hochschulen der angewandten Wissenschaft der bessere Ausbildungsort. Das Medizinstudium an der Universität soll zum wissenschaftlich reflektierten Berufspraktiker qualifizieren, das ist unbestritten. Versuche der Neuausrichtung des Medizinstudiums, wie bei den akademischen Franchising-Modellen, führen zu klaren Positionierungen des Medizinischen Fakultätentages und des Wissenschaftsrates (10, 11).

Ausgehend vom geringen Kenntnisgrad über medizinische Datenbanken,



die qualitativ hochwertig EbM-Wissen bereitstellen, wie etwa die Cochrane-Datenbank, scheint die Umsetzung von EbM in der Aus- und Weiterbildung von Medizinern in Deutschland weiterhin eine untergeordnete Rolle zu spielen (12). Die Defizite bei den EbM-Kompetenzen der Ärzte sind eklatant. Die Arbeitsgruppe um Gerd Gigerenzer vom Max-Planck-Institut für Bildungsforschung in Berlin weist immer wieder auf das mangelnde Verständnis von Risikoinformationen, einer Grundkompetenz der EbM, unter der Ärzteschaft hin. So ist eine Mehrheit der Ärzte nicht in der Lage, Prognosedaten korrekt zu interpretieren (13). Selbst Risikoangaben zu Nebenwirkungen in Beipackzetteln werden nicht verstanden (12).

Allzu oft wird EbM mit der Erstellung und Anwendung von Leitlinien gleichgesetzt. Auch in dem Beitrag Eichlers et al. sind Leitlinien wieder einmal zentrales Element der Kritik an EbM. Leitlinien erfüllen nicht automatisch die methodischen Anforderungen der EbM. Auch hier gilt: Selbst wenn das Produkt sich mit dem Label »evidenzbasiert« schmückt, bedeutet das nicht, dass die Kriterien der EbM ausreichend berücksichtigt wurden. Insbesondere Interessenkonflikte der Beteiligten konfliktieren weiterhin mit den Zielen der EbM.

### ■ Leitlinien können nicht die klinische Expertise ersetzen

Die tradierte Intention von Leitlinien ist die Unterstützung der professionellen Entscheidungsfindung in konkreten Behandlungssituationen. Die Dimension der Patientenzentriertheit wurde ursprünglich nicht mitgedacht, obgleich diese ein Kernelement der EbM von Anfang an war (14). Zeitgemäße Leitlinienerstellung berücksichtigt die Einbindung von Patienten- und Verbrauchervertretern, um die Transparenz zu erhöhen und sicherzustellen, dass den Interessen und Bedürfnissen der Patienten Rechnung getragen wird (15).

Leitlinien können nicht die klinische Expertise ersetzen. Aus diesem Grund ist es auch unangemessen, Leitlinien als Kochbuchmedizin oder Verursacher von Übertherapie zu bezeichnen. Leitlinien entbinden eben nicht von der Verpflich-

tung der sorgfältigen Überprüfung der Anwendbarkeit einer Empfehlung in einer Situation der klinischen Entscheidungsfindung. Ein der EbM eigenes Verständnis klinischer Expertise ist »the ability to integrate research evidence and patients' circumstances and preferences to help patients arrive at optimal decisions« (16). Die Beteiligung von Patienten im Erstellungsprozess der Leitlinien, auch wenn mit gehörigem Aufwand betrieben und auf unterschiedlichen Ebenen, kann niemals an die Stelle der Aushandlung mit dem Individuum treten (17).

### ■ Partizipation der Patienten an der Entscheidungsfindung

Eine Nichtberücksichtigung von Leitlinien und eine Rückkehr zu Expertenmeinungen ist keine Lösung. Es ist gerade die Beschäftigung der EbM mit der Optimierung ihrer Instrumente, die viele Entwicklungspotenziale von Leitlinien offengelegt hat. Leitlinien müssen zukünftig schneller und flexibler auf neue Evidenz reagieren können, das heißt optimierter aktualisiert werden (18). Sie müssen den aktuellen Ansprüchen an Patientenpartizipation gerecht werden und zu Grundlagen des Informed Shared Decision Makings weiterentwickelt werden (zum Beispiel: 17, 19). Die Unabhängigkeit und Glaubwürdigkeit der Leitlinien (-Erstellung) muss verbessert werden (15, 20). Der Verschwendung von Ressourcen durch Aufbereitung von Evidenz zu den immer gleichen Fragestellungen zu verschiedenen Zwecken, wie Leitlinien für unterschiedliche Länder und Wirkungskreise, HTA und systematische Reviews und Decision Aids, muss Einhalt geboten werden durch bessere Vernetzung und Zentralisierung der Angebote zur Aufbereitung von Evidenz (17). In diesem Kontext sei auf das EU-Projekt *DECIDE* verwiesen (21), das hierzu exemplarisch neue Entwicklungswege aufzeigt.

Ein entscheidendes Betätigungsfeld der EbM, das es mit Nachdruck zu forcieren gilt, muss die Partizipation von Patienten und Bürgern bei Entscheidungsfindungen sein. In Deutschland sind der Anspruch und das legitimierte Recht der Patienten, über Nutzen und Schaden medizinischer Eingriffe verständlich aufgeklärt zu werden und in die Entscheidungsprozesse einbezogen zu werden, weiterhin nicht umgesetzt. Die Berücksichtigung von Patientenwerten und Patientenpräferenzen ist in der klinischen Praxis nicht strukturell verankert. Wesentliche Elemente für eine Umsetzung des Patientenrechtegesetzes im Sinne der EbM sind nicht realisiert. So fehlen die für eine informierte partizipative Entscheidungsfindung unabdingbaren evidenzbasierten Informationsmaterialien. Entsprechende Entscheidungshilfen sind nur für einzelne Entscheidungsfindungen verfügbar.

Advokaten von Patienteninteressen, wie die Arbeitsgruppe Brustkrebs des *Arbeitskreises Frauengesundheit (AKF)*, fordern daher zu Recht eine nachhaltige Bereitstellung von evidenzbasierten Entscheidungshilfen (19). Aktuelle hochwertige Informationsmaterialien sollen modularisiert für die spezifische Entscheidungssituation abrufbar sein. Patientenleitlinien sind nicht geeignet für individuelle Entscheidungen. Dazu sind Wahrscheinlichkeitsangaben zu Nutzen und Schaden der unterschiedlichen Optionen, einschließlich der Option der Nicht-Intervention, zu präsentieren. Das DNEbM hat soeben die

*Gute Praxis Gesundheitsinformation* aktualisiert (22). Sie gibt eine Anleitung für eine EbM konforme Erstellung und Bewertung von Gesundheitsinformationen. Eine Leitlinie zur Erstellung von Gesundheitsinformationen, ebenfalls ein Kooperationsprojekt des DNEbM, ist in der Abschlussphase (23).

Obwohl Leitlinien zunehmend starke Empfehlungen für ein Shared Decision Making aussprechen, stehen der einfachen Umsetzung dieses Anspruchs oft weitere, den aktuellen Leitlinien inhärente, Barrieren entgegen. So wenn beispielsweise alleine unter dem Blickwinkel der Nutzenbetrachtung starke Empfehlungen für einzelne Maßnahmen ausgesprochen werden, obwohl weitere Optionen durchaus verfügbar wären. Die Bewertung eines medizinischen Verfahrens vorrangig nach dem möglichen Nutzen ohne ausreichende Berücksichtigung des möglichen Schadens bzw. der Beeinträchtigung von Lebensqualität interferiert mit einer individuellen Auswahl unter mehreren Optionen mit unterschiedlichen Vor- und Nachteilen. Auch wenn Evidenz für einen Nutzen Voraussetzung für die Anwendung einer Maßnahme ist, müssen Ärzte und Patienten leitlinienkonform die Möglichkeit behalten, sich auch für ein weniger wirksames, dafür jedoch risikoärmeres oder akzeptableres Vorgehen zu entscheiden. Leitlinienersteller sind daher aufgerufen, den Erstellungsprozess unter dem Primat der Patientenbedürfnisse weiter zu entwickeln (19). Eine entsprechende Arbeitsgruppe wurde kürzlich vom DNEbM gegründet.

#### ■ Aufklärungsbögen müssen angepasst werden

Die klassischen Einverständniserklärungen, die zum Beispiel vor einer Operation vorgelegt werden, dienen vorrangig der juristischen Absicherung der Ärzte. Für informierte Entscheidungen sind sie ungeeignet, da wesentliche Kriterien für Evidenzbasierte Patienteninformationen nicht erfüllt werden. Das sogenannte Aufklärungsgespräch wird üblicherweise erst durchgeführt, wenn die Entscheidung für einen medizinischen Eingriff bereits getroffen wurde. Weder Umfang noch Präsentation der Inhalte sind geeignet, die Sinnhaftigkeit des Eingriffs oder Alternativen im Hinblick auf Nutzen und Risiken abzuwägen. Was der Patient tatsächlich verstanden hat, muss weder überprüft noch dokumentiert werden. Auch eine Zweitmeinung garantiert keine evidenzbasierte informierte Ent-

scheidung. Das DNEbM hat sich daher kürzlich in einer kritischen Stellungnahme zum Zweitmeinungsgesetz für die Fokussierung auf die Umsetzung von Evidenzbasierung der Indikationsstellung im Rahmen der »Erstmeinung« ausgesprochen (24).

Ungebrochen ist das Bemühen, das Methodenrepertoire der EbM weiter auszudifferenzieren. Ein Projekt ist beispielsweise die Entwicklung, Evaluation und Synthese komplexer Interventionen (25). Auch das Aufdecken der oft unsystematischen Erhebung und Berichterstattung des Schadens von Therapien in vielen klinischen Studien und ihren Übersichtsarbeiten hat zu methodischen Anpassungen geführt (26). Der Standard für qualitativ hochwertige Studien scheint dank der EbM inzwischen in der klinischen Medizin sehr viel höher zu sein, als in manch anderen Wissenschaftsdisziplinen. Obwohl auch in der Humanmedizin immer noch zu viel an schlechten Studien publiziert wird, könnten andere Wissenschaften von den methodischen Verfahren der EbM profitieren. So werden Studien der Grundlagenforschung immer noch in nicht ausreichend kontrollierten und nicht-verblindeten experimentellen Anordnungen und mit nicht aussagekräftigen Stichproben durchgeführt (8). Wenn pharmazeutische Unternehmen ihre klinischen Forschungen auf nicht valide Grundlagen stützen, hat das verheerende Auswirkungen nicht nur für die Industrie und personelle Ressourcenbindung in der klinischen Forschung, sondern vorrangig für die Patienten, die an sinnlosen Medikamentenstudien teilnehmen, die jedoch möglicherweise noch zufallsbedingt falsch positive Zwischenergebnisse bringen. Oft dauert es Jahre bis die Nutzlosigkeit oder sogar das Überwiegen von Schädlichkeit eines solchen Produkts geklärt ist. Das DNEbM wird daher seine Jahrestagung 2017 unter das Motto »Wissenschaftsmüll« stellen.

*Prof. Dr. med. Ingrid Mühlhauser, Universität Hamburg, MIN Fakultät, Gesundheitswissenschaften, Vorsitzende des DNEbM; Prof. Dr. phil. Meyer Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg, Medizinische Fakultät, Institut für Gesundheits- und Pflegewissenschaft, Erste Stellvertretende Vorsitzende des DNEbM*

*(Die Verweise im Text (Zahlen in Klammern) beziehen sich auf die Literaturangaben, die auf der Homepage des vdää und im Deutschen Ärzteblatt, Jg. 113, Heft 11, 18. März 2016, A 486–8; in: <https://www.aerzteblatt.de/pdf.asp?id=175383> zu finden sind.)*



# Archäologie einer Beziehung

## Norbert Donner-Banzhoff zum Arzt-Patient-Verhältnis

Das Verhältnis zwischen Ärzt\*in und Patient\*in ist nicht eindimensional, sondern hat verschiedene Aspekte, die sich zum Teil in der Theorie, aber vor allem in der Praxis nicht unbedingt reibungslos ergänzen, sondern zum Teil sogar widersprechen. Norbert Donner-Banzhoff erläutert die verschiedenen Dimensionen und appelliert daran, sie im täglichen Tun jeweils kritisch zu reflektieren. Wir veröffentlichen hier eine von uns gekürzte Fassung des Textes.

**D**roge Arzt, Shared Decision-Making, Patientenzentrierte Methode, Patriarchat und Schamanentum: Viele Konzeptionen und Begriffe sind vorgeschlagen worden, um den Umgang von Patient und Arzt zu verstehen; jede kann für sich eine gewisse Plausibilität beanspruchen, teilweise sogar empirisch wissenschaftliche Untermauerung; in Kombination ergeben sich jedoch markante Widersprüche zwischen den Auffassungen. Archaische Elemente kollidieren mit modernen Ansprüchen, individuelle Bedürfnisse mit kollektiven Regeln. Die Formulierung von Normen, wie Ärzte im Alltag auf ihre Patienten eingehen sollen, erscheint vor diesem Hintergrund ganz aussichtslos.

Die hier vorgeschlagene »Archäologie« versucht, diese Widersprüche im Umgang von Arzt und Patient in einen zeitlichen und – bildhaft – räumlichen Zusammenhang zu bringen. Dabei postuliere ich vier grundlegende ärztliche Funktionen, die jeweils typisch für bestimmte Epochen der Medizingeschichte gewesen bzw. zur Reife entwickelt worden sind. Sie haben dabei die vorangegangenen Funktionen »verdeckt«, ohne diese jedoch zu eliminieren. Die tieferen Schichten wirken deshalb weiter und führen zu typischen Widersprüchen. Trotzdem lassen sich daraus normative Konsequenzen für ärztliches Handeln formulieren.

### ■ **Ärzte und andere Heiler: vier Aufgaben**

#### **Archaischer Heiler**

Die ursprüngliche Aufgabe eines jeden Heilers – unabhängig von seiner Qualifikation und dem Entwicklungsstand

seiner Gesellschaft bzw. des Gesundheitssystems – ist das Eingehen auf das Kranksein. Ernsteres Kranksein beinhaltet nach von Üxküll und Wesiack »immer dreierlei:

- eine Beeinträchtigung des Wohlbefindens und der Leistungsfähigkeit,
- eine dadurch hervorgerufene soziale Isolierung und mehr oder minder starke Veränderungen des sozialen Status,
- eine existenzielle Not und Bedrohung.«

Heiler im weiten Sinn müssten die Funktion eines Experten und eines Partners in sich vereinigen. Aufgabe des Experten sei es, Beschwerden zu lindern und die Leistungsfähigkeit wieder herzustellen; der Partner helfe, die soziale Isolierung zu überwinden und die existenziellen Ängste zu ertragen. In der Geschichte der Menschheit sei die Heilkunde in sehr unterschiedlicher Weise praktiziert worden; die Kombination von Experte und Partner in der Person des Heilers, die auf die Bedrohung durch Krankheit reagiert, lasse sich jedoch in allen Epochen und Kulturen ausmachen.

Das wesentliche Arbeitsinstrument des archaischen Heilers ist das Ritual. Heute oft negativ besetzt (»leeres Ritual«), ist rituelles Verhalten die mächtigste Form menschlicher Kommunikation. Dabei handelt es sich um die Aufführung symbolischer, durch Überlieferung geprägter Verhaltensweisen in Zusammenhang mit ernsten (früher: heiligen) Lebenssituationen. Dass sich Konsultationen oft nicht ohne die Verschreibung eines Medikamentes zum glücklichen Ende bringen lassen, unterstreicht die Aktualität dieser Überle-



gungen. In der Verschreibung eines (klinisch wirkungslosen und ökologisch gefährlichen) Antibiotikums steckt für den Patienten die Anerkennung seines Leids, die Legitimierung der Inanspruchnahme, die Hoffnung auf rasche Besserung durch eine hochwirksame Therapie und die Überwindung von Bedrohung und Isolierung. Die wöchentliche Chefarzt-Visite im Krankenhaus wäre ein anderes Beispiel: Diese wird gerade dann als Erfolg empfunden, wenn Ober- und Stationsärzte im Vorfeld die Station von allen realen Problemen bereinigt haben. Ihr Sinn liegt offenbar jenseits der medizinischen Problemlösung. Ähnliches dürfte für manche verzweifelte Aktion in der Intensivmedizin gelten.

#### **Detektiv**

Der Schluss von »Daten«, die der Patient liefert, auf allgemeine Kategorien oder Entitäten (Konstitutionen, Diagnosen, Erkrankungen usw.) erfolgt in allen medizinischen Systemen. Von der Mitte des 18. bis ins späte 19. Jahrhun-

dert wurde die Beobachtung am Kranken jedoch systematisiert und später zunehmend mit pathologisch-anatomischen Befunden begründet. Damit wurden gerade auch solche Zeichen für den medizinisch geschulten Blick wichtig, die für das Erleben des Patienten am Rande lagen oder gar von ihm überhaupt nicht bemerkt worden waren. Die Kommunikation zwischen Patient und Arzt musste sich dadurch ändern.

Für unser Thema ist wichtig, dass in der Bedeutung von Befunden sich jetzt zunehmend eine Diskrepanz zwischen Patient und Arzt ergeben konnte: Was den Patienten am meisten bedrängte, war für den diagnostizierenden Arzt oft nur von geringem Wert, wenn es um die Unterscheidung möglicher Ursachen ging – und umgekehrt. Damit stieg die Gefahr, dass Ärzte die Subjektivität ihrer Patienten vernachlässigten, und diese sich als Objekt zu empfinden begannen. Diese Gefahr ergab sich unabhängig vom Stand der Technik: sowohl eine raffinierte Anamnese, der Einsatz des Stethoskops wie auch moderne Bildgebung standen für diesen »objektiven« Zugang zum Körper, der die Person des Patienten an den Rand drängen konnte. Der Körper des Patienten wurde zum Schauplatz einer spannenden Verbrecherjagd, wobei nicht erst seit Dr. House medizinische und polizeiliche Detektive ähnlicher Strategien einsetzten.

### Gatekeeper

Die ärztliche Gatekeeper-Funktion bezieht sich auf zwei Entscheidungsbereiche: die Indikationsstellung für medizinisch wirksame Therapien und die

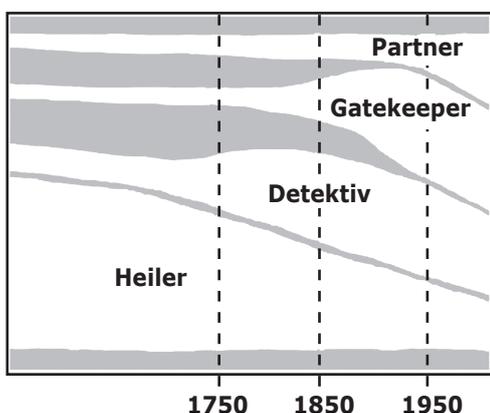


Abb: Schichtenmodell in historischer Dimension

Berechtigung zu Leistungen eines solidarischen Sozialsystems. Für eine individuelle Heilung stand Ärzten erst im 20. Jahrhundert eine größere Zahl medizinisch wirksamer Maßnahmen zur Verfügung, erstmalig 1948 konnte die Wirksamkeit eines Medikaments in einer kontrollierten Studie nachgewiesen werden. Damit ergab sich die Aufgabe, Patienten zu identifizieren, die von einer Therapie bei vertretbarem Risiko für Nebenwirkungen profitieren würden; entsprechend mussten diejenigen verschont werden, wo die Nutzen-Risiko-Abwägung negativ ausfiel. Bei anderen Maßnahmen geht es weniger um die individuelle Sorge gegenüber dem Kranken, sondern um eine gesellschaftliche oder ökologische Verantwortung. Um die Entwicklung von Resistenzen zu vermeiden, erhalten in den meisten entwickelten Ländern deshalb Patienten Antibiotika nur mit einer ärztlichen Verschreibung.

Zwar hat sich medizinische Versorgung nie in einem wirtschaftlichen Vakuum abgespielt: ob Patienten ihre Ärzte und die Behandlung bezahlen konnten, ist immer ein von beiden Seiten mitbedachtes Problem gewesen. Mit der Einrichtung von staatlichen Gesundheitssystemen und Versicherungen geht es aber um die finanziellen Ressourcen eines kollektiven Systems, von dem beide – Patient und Arzt – in hohem Maße abhängen. Daraus ergibt sich die Notwendigkeit, berechnete von unberechneten Ansprüchen zu unterscheiden; diese Feststellung erfolgt überwiegend durch Ärzte.

### Partner

Zunehmend wollen Patienten als Person ernstgenommen werden und verstehen ihre Ärzte als Partner in einer gleichberechtigten Beziehung. Entsprechend sind in den letzten zwei Jahrzehnten des 20. Jahrhunderts Konzeptionen entstanden, nach denen Ärzte die Vorstellungen und Erwartungen ihrer Patienten systematisch klären sollen; für das weitere Vorgehen ist eine gemeinsame Grundlage zu erarbeiten. Neben den objektiven medizinischen Sachverhalten ist jetzt die Subjektivität des Patienten systematisch einzuholen. Dieses patientenzentrierte Vorgehen ist von Levenstein erstmalig dargestellt worden und hat in Nordamerika, Groß-

britannien und Skandinavien Eingang in die Aus- und Weiterbildung gefunden.

Die »Shared Decision-Making«-Bewegung hat diese Entwicklung verstärkt. Nicht zuletzt die elektronischen Medien haben Entscheidungshilfen möglich gemacht, mit denen Patienten umfassend über diagnostische, therapeutische und präventive Optionen informiert werden können, Vor- und Nachteile abwägen und ihre eigenen Wertvorstellungen und Präferenzen klären können. Während die Heilerfunktion grundsätzlich hierarchisch ist, besteht auf der Ebene der Partnerschaft eine Gleichberechtigung von Arzt und Patient; während der Heiler per definitionem über geheimes Wissen verfügt, ist auf der Partnerebene Transparenz als funktional anzusehen. (Siehe Abbildung)

### Das Modell: Zeit und Raum

Die Abbildung zeigt die vier Aspekte ärztlicher Tätigkeit in vier Schichten. Die Breite der Schichten stellt jeweils ihre Bedeutung in verschiedenen historischen Epochen dar. Da jeder Aspekt immer zu einem gewissen Maße präsent gewesen ist, ziehen sich alle vier Schichten durch die gesamte Zeit. So ist beispielsweise auch ein Heiler mit einem sehr autoritären Selbstverständnis von der Kooperation seiner Patienten abhängig, so dass selbst hier ein Moment von Partnerschaft gegeben ist. Vermutlich sind während der gesamten Medizingeschichte die Hilfesuchenden kategorisiert, d.h. in einem weiten Sinne diagnostiziert worden, damit hat sich auch eine detektivische Aufgabe gestellt usw.

Das Bild der übereinander liegenden Schichten kann helfen, blinde Flecken und Tabus zu verstehen. Aus der Sicht einer »neuen« Schicht bzw. Herangehensweise erscheinen die vorhergehenden als veraltet und nicht mehr angemessen, oder sie werden zumindest stark relativiert. Die entsprechende Praxis erregt (Fremd-)Schämen und wird als Angriffspunkt für erzieherische Maßnahmen oder Sanktionen gesehen. Die Begeisterung für die »moderne« Schicht kann andererseits den Blick für die fortdauernden und oft tabuisierten Auswirkungen der »alten« Schichten trüben. Die folgende Diskussion beruht



auf der Annahme, dass jede der vier Schichten spezifische Aufgaben an Ärzte im Umgang mit Patienten stellt, die auch heute noch gelten und für die deshalb immer wieder Antworten gefunden werden müssen.

### ■ Konsequenzen

In der Begegnung von Patient und Arzt werden auf jeder dieser Schichten zwangsläufig von den Beteiligten Signale ausgesandt – und sei dies die (in der Regel natürlich implizite) Äußerung, dass einer der Beteiligten an einer Schicht kein Interesse habe. So mag ein stark biomedizinisch orientierter Arzt sich vornehmen, seinen Patienten dadurch zu helfen, dass er Erkrankungen präzise diagnostiziert und optimal behandelt; die Ebenen des archaischen Heilers und des Partners interessieren ihn nicht. Seine Patienten werden diesen Arzt nicht als »neutral« empfinden, sondern als kalt und autoritär; dies wird wiederum Auswirkungen auf Adhärenz und Heilerfolg haben. Für das System der vier Schichten gilt also das Diktum des Kommunikationstheoretikers Watzlawick: »Man kann nicht nicht kommunizieren«.

### ■ Konflikte und Widersprüche

Niederländische Allgemeinärzte untersuchten in 20 Praxen an 431 Patienten mit Infekten der unteren Atemwege die Auswirkungen der Bestimmung des C-reaktiven Proteins (CRP) und eines Kommunikationstrainings auf die Antibiotika-Verschreibung. Sowohl mit dem Test als auch mit der verbesserten Kommunikation gelang es, die Verschreibungen zu reduzieren. Eine begleitende Interview-Studie zeigte, dass es beim Einsatz des CRP nicht nur um rationale Entscheidungsfindung ging. Von den Allgemeinärzten wurde betont, dass sie durch den Test gegenüber ihren Patienten an Glaubwürdigkeit gewannen, v.a. bei der Nicht-Verschreibung eines Antibiotikums. Sie hatten den Eindruck, dass sich Patienten mit dem Test eher ernst genommen fühlten. »Der Zauber der Mess-Apparatur ist stärker als der Zauber meiner Worte«, bemerkte einer der beteiligten Allgemeinärzte.

Hier war offenbar ein Ritual (= kommunikative Handlung) durch ein anderes ersetzt worden: die (schädliche) Antibiotika-Verschreibung durch die (angenommen unschädliche) CRP-Testung. Letztere war auch bei den Ärzten mit Kommunikationstraining eine willkommene Ergänzung ihres Repertoires.

### Grantige Gatekeeper

Eine israelische Studie befasste sich mit Konflikten in der Arzt-Patient-Beziehung, die in Zusammenhang mit Rationierungsentscheidungen im Sozialversicherungs-System stehen, d.h. der oben beschriebenen Gatekeeper-Funktion. Entsprechende Konflikte traten in einem Fünftel der untersuchten allgemeinmedizinischen Konsultationen auf. In diesen Situationen zeigten die Ärzte weniger Empathie und reagierten negativer auf ihre Patienten, Auftakt und Schluss des Gesprächs waren verkürzt. Die Ärzte setzten verschiedene Gesprächsstrategien ein, der innere Konflikt wurde den Patienten nur teilweise transparent gemacht. – Hier litt also die Partner-Funktion unter der Gatekeeper-Funktion.

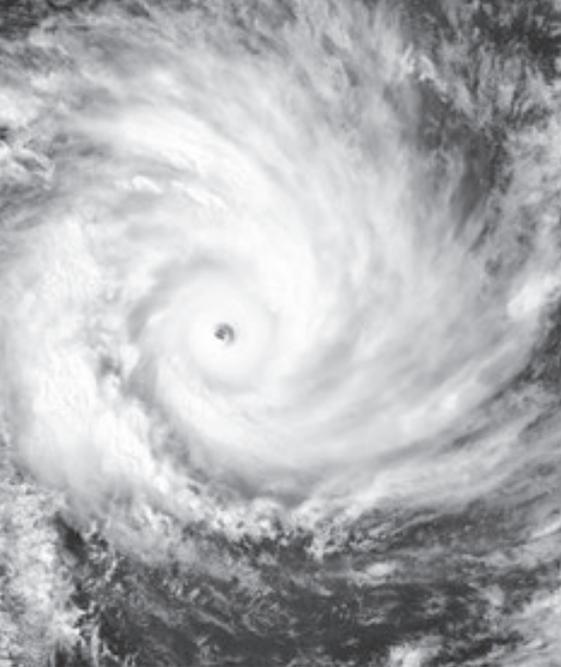
### Studienevidenz gegen Kliniker-Erfahrung

Mit dem Schichtenmodell werden die Reaktionen von Praktikern auf »Klinische Dekonstruktionen« plausibel. Darunter verstehe ich die Entzauberung etablierter Behandlungen durch klinische Studien; bekannte Beispiele sind Aderlässe, die Hormonbehandlung in der Menopause und arthroskopische Knorpelglättungen. Diese treffen oft auf wütendes Unverständnis der anwendenden Ärzte, die von der Wirksamkeit überzeugt sind. Sicher spielen hier bedrohte materielle Interessen eine Rolle; vor allem jedoch haben die Anwender auf der Ebene der rituellen Heilung große Erfolge erlebt. Mit dem Einsatz dieser Technologien haben sie eine Antwort auf die Not ihrer Patienten, deren Erwartungen und Hoffnungen gegeben. Eine biomedizinische Wirkung ist dafür offenbar gar nicht nötig gewesen!

### Geheimwissen gegen Transparenz

Warum verwenden Ärzte am Krankenbett und in der Praxis permanent lateinische Fachausdrücke, obwohl Patienten diese nicht verstehen? Damit demonstrieren sie ihr Expertentum, das zur archaischen Heiler-Funktion definitorisch dazu gehört; der Heiler muss für seine Wirkung etwas haben, das Familie, Freunden, Nachbarn fehlt: exklusives Wissen. Für die Mobilisierung der Heilkräfte auf dieser Ebene genügt die entsprechende subjektive Überzeugung des Patienten, heute wie in der Vergangenheit dürften die meisten Patienten bei ihren Heilern mehr Heilkompetenz vermutet haben als wissenschaftlich nachweisbar diesen zur Verfügung gestanden hat.

Damit wird die Heilkunst zur Gratwanderung zwischen Entmutigung und Wichtigtuerei. Ärzte, die gegenüber ihren Patienten die der Medizin inhärenten Unsicherheiten zu stark betonen, untergraben das Vertrauen und gefährden ihre Akzeptanz als Heiler. Dass auf der anderen Seite die subjektiv überzeugende Darstellung von Kompetenz ausreicht, die Selbstheilung des Patienten und seine Dankbarkeit zu stimulieren, stellt eine große Versuchung zu Wichtigtuerei und Ausbeutung von Abhängigkeit dar. Der Leser kennt in seiner Umgebung die populären Ärzte mit großem Zulauf, an deren



medizinischer Realkompetenz er jedoch große Zweifel hegt. Oft lässt sich nicht unterscheiden, ob hier naive Begeisterung für die eigenen Methoden am Werk ist, die auf empfängliche Patienten überspringt, oder zynische Wichtigtuerei und Geschäftemacherei.

Die evidenzbasierte Medizin ist in dieser Situation ein heilsames Korrektiv. Die randomisierte kontrollierte Doppelblind-Studie, bei der Patienten in allen Aspekten gleich behandelt werden bis auf die Prüfmedikation bzw. das Placebo, hält uns schonungslos den Spiegel vor. Selbst wenn der statistische Test zum Schluss »signifikant« ist, ist der Beitrag des mit viel Hoffnung entwickelten Pharmakons minimal. Damit wird die Vermutung unterstrichen, dass Ärzte heute wie früher vor allem durch ihre Person wirken.

### **Normative Konsequenzen**

#### **Alle vier Schichten reflektieren**

Der Patient bestimmt mit seinem Anliegen und Erwartungen die Ebene, auf welcher der Dialog mit dem Arzt beginnt. Bei einer schweren Erkrankung besteht vielleicht das Bedürfnis, sich an einen starken Heiler anzulehnen, beim Wunsch nach einer Beratung über eine Berentung ist es die des Gatekeepers usw. Auch das Setting kann die Begegnung determinieren: Ein Arzt, der als Gutachter für die Pflegeversicherung tätig ist, ist auf eine Gatekeeper-Funktion festgelegt; ein Patient, der zur Diagnostik überwiesen wird, hat eher mit einem Arzt-Detektiv zu tun.

Darauf, wie es in der Begegnung weitergeht, d.h. welche Schichten in

der Begegnung und im Ergebnis welche Bedeutung haben, können Ärzte jedoch Einfluss nehmen. Aus der oben dargestellten Zwangsläufigkeit der Äußerung auf allen vier Schichten ergibt sich die Forderung, dass Ärzte in jeder Begegnung alle vier Schichten reflektieren müssen. In den dargestellten Beispielen zeigt sich, dass die ärztliche Kommunikation durch einander widersprechende Botschaften durchaus ernste »Nebenwirkungen« haben kann.

### **Autonomie und Partnerschaft stärken**

Mit der Schwere einer Erkrankung und einem akuten Verlauf gilt eine Regressionstendenz: Diese Patienten sind verunsichert und fühlen sich bedroht, oft muss unter Zeitdruck über invasive Maßnahmen entschieden werden. In dieser Situation suchen sie oft eher den existenziellen Beistand auf der archaischen Ebene des Heilers. Auch in dieser Situation gilt es, den Austausch in Richtung von Autonomie und Partnerschaft zu gestalten. Dies muss einfühlsam geschehen und ohne den Patienten zu überfordern, oft sind Krankheitsverlauf und das Ergebnis medizinischer Maßnahmen abzuwarten. Ärzte sollten die oberste Schicht als Ziel jedoch nicht aus dem Auge verlieren, d.h. die Stärkung der Entscheidungsautonomie des Patienten (Schicht des Partners).

Das Gegenteil wäre eine Gefälligkeits-»Medizin«, darunter verstehe ich das opportunistische Verbleiben auf der Eingangs-Ebene. Als Beispiel lassen sich Menschen mit einer Neigung zur Somatisierung anführen, die in unserem technologie-fixierten modernen Medizinsystem leicht Ärzte finden, die sich unkritisch auf die nächste Runde organischer Diagnostik einlassen, ohne ihre »Detektiv-Rolle« kritisch zu hinterfragen. In ähnlicher Weise setzen viele komplementärmedizinische Angebote auf Rituale, ohne die anderen Schichten berücksichtigen zu können.

### **Arzt als Verkäufer?**

Auch wenn das System der Gesetzlichen Krankenversicherung nicht frei von wirtschaftlichen Anreizen ist, so hat das Sachleistungsprinzip doch dafür gesorgt, dass in der ärztlichen Praxis die Ökonomie relativiert werden

konnte. Das sich ausweitende IGeL-Angebot stellt deshalb einen ethisch höchst bedenklichen Anreiz zum Missbrauch eines höchst vulnerablen Schutzbefohlenen dar. Ähnliche Überlegungen gelten für den Anreiz, Leistungen im stationären Bereich auszuweiten. Solidarische Gesundheitssysteme haben also durch De-Ökonomisierung der Arzt-Patient-Beziehung Widersprüche verringert und beide Seiten von materiellen Sorgen entlastet, was durch die Floskel des »Freien Berufs« oft überdeckt wird. Es sind gerade die solidarischen Organisationsformen, die größere klinische und kommunikative Freiheit verschaffen.

Die vier Schichten umschreiben Funktionen in einer komplexen Beziehung und Rollen in einem weiteren sozialen Kontext. Neben der historischen und der Tiefen-Dimension kommt also die Aufmerksamkeits-Ökonomie hinzu: das Modell steckt den Rahmen dessen ab, was in der Begegnung von Patient und Arzt grundsätzlich geleistet werden kann.

### **■ Schlussbemerkung**

Alle vier Schichten und ihre Grundanforderungen bleiben; keine wird durch die soziale, wissenschaftliche oder technische Entwicklung gegenstandslos. Selbst die Struktur mit einem patriarchalischen Heiler kann für eine persönliche Krisensituation auch in einem aufgeklärten, patientenzentrierten Zeitalter funktional sein. Dabei ist in der Vergangenheit mehrfach auf die multiplen Rollen hingewiesen worden, die Ärzte zu übernehmen haben. Das Schichtenmodell geht jedoch über eine Aufzählung hinaus: Es stellt zeitliche und inhaltliche Zusammenhänge dar, weist auf Widersprüche hin und kann damit eine Hilfe zur Reflexion und Evaluation im ärztlichen Alltag wie auch in der Lehre sein.

*Prof. Dr. med. Norbert Donner-Banzhoff, M.H.Sc., Abteilung für Allgemein-medicin, Präventive und Rehabilitative Medizin, Philipps-Universität Marburg*

*(Die Langfassung mit allen Fußnoten und Literaturverweisen bekommen Sie bei der Geschäftsstelle des vää und auf der Homepage; eine ebenfalls gekürzte Version des Textes wurde im Deutschen Ärzteblatt 2012; 109: A-2078-82 veröffentlicht.)*

# Wissen wir, was wir tun?

## Heinz-Harald Abholz zum Erkenntnisproblem in der medizinischen Praxis

Auch Heinz-Harald Abholz beschäftigt sich mit der Frage: Wissen wir, was wir tun?, und entwirft vor dem Hintergrund der Tatsache, dass es nur für einen Teil der ärztlichen Tätigkeiten eine »rationale Basis« in Form von Studien gibt, Regeln der Entscheidungsfindung für die ärztliche Praxis, die auch die Präferenzen der Patient\*innen und ihrer Besonderheiten und kulturelle Aspekte sowie ethische Überlegungen berücksichtigt.

### Was wir wissen, soll mit zwei Beispielen deutlich gemacht werden:

**Beispiel 1:** Täglich verordne ich in meiner Praxis Antibiotika, Morphine oder Schmerzmittel und vieles mehr, obwohl ich *weiß*, dass es bei vielen der Patienten, denen ich sie verordne, *nicht rational begründbar* ist; und dabei sogar meist noch medizinisch potentiell gefährlich. Aber der jeweilige Patient ist – so meine Sicht oder Erfahrung mit ihm – davon nicht abzubringen, es helfe ihm. Ähnliches gilt übrigens für eine nennenswerte Zahl von Untersuchungen oder der Überweisungen von mir. – So über den Daumen gepeilt und mittels Strichliste an drei

Tagen abgeschätzt sind so ein gutes Drittel bis knapp die Hälfte meiner Tätigkeiten charakterisiert. Dies mag bei anderen Hausärzten mehr oder auch weniger sein; und bei Spezialisten auch weniger (obwohl mit mir befreundete Kardiologen diesen Prozentsatz auch für ihre Praxis so angeben).

**Beispiel 2:** Damit aber mache ich auch täglich *rational Begründetes*, wenn ich helfe, Symptome zu beherrschen, Krankheiten zu heilen oder erträglicher zu machen; oder gar Krankheiten zu verhindern. Unter diesen Handlungen wiederum gibt es Dinge, von denen ich auch *weiß*, was *nach Studienlage/EbM-Leitlinie* gut abgesichert ist. Ich be-

handle so meine Patienten mit Hochdruck, Diabetes, Rückenschmerzen, Magenbeschwerden, einer Colitis ulcerosa oder Herzinsuffizienz etc. – Aber es gibt auch viele Behandlungen, von denen ich *nur weiß*, »*dass man das so macht*«, ich aber selbst nicht sicher bin, wie die Studienlage dazu ist, und ob es überhaupt eine gibt. Dazu gehört auch ein Teil der Dinge, die eine Klinik bei Entlassung oder der Spezialist so empfohlen haben. Bei Spezialisten ist dieser Anteil des Handelns, der nur dem folgt, »*wie man es macht*«, sicherlich geringer, aber eben auch nicht vernachlässigbar.

Um eine solche – wie hier gemachte – Aufteilung vornehmen zu können,



also damit auch im Alltag des Handelns zu reflektieren, habe ich ein »Beurteilungs-Raster« im Hintergrund: Dies sind evidenz-basierte Leitlinien und Reviews, gar auch Originalarbeiten, zu den jeweiligen Themen der Behandlung. Hiermit kann ich abwägen, was rational begründbar ist und was es nicht ist.

Damit aber bleiben mindestens drei Fragen:

1. In welchem Prozentsatz gibt es denn überhaupt Leitlinien, Reviews, Originalarbeiten, die zwischen rational begründbar und nicht begründbar ärztliches Handeln unterscheiden lassen?
2. Sind die »guten Studien« in ihren Ergebnissen für den »Patienten vor mir« nutzbar?
3. Kann und darf ärztliches Handeln nur mit EbM begründet erfolgen?

**J**e nach Fach und Arbeitsort – z.B. im Krankenhaus oder in der ambulanten Praxis – wird geschätzt, dass nur für den kleineren Anteil der Entscheidungen evidenz-basiertes Wissen vorhanden ist. (1) Zu diesen muss man die gedanklich hinzurechnen, bei denen es keines Studienbelegs aufgrund offensichtlicher Sinnhaftigkeit bedarf: Naht bei klaffenden, stark blutenden Wunden, Schmerzmittel gegen Schmerzen, Volumen bei Schock etc. Damit aber kann man abschätzen, dass es bei maximal zwischen einem bis zwei Drittel der Tätigkeiten eine »rationale Basis« gibt – abhängig von Arbeitsort und Art ärztlicher Tätigkeit.

Aber ist diese Basis der »guten Studien« – so wie bis hierher unterstellt wurde – denn erstens wirklich methodisch gut gesichert und damit zweitens auf den Patienten, den ich behandle, überhaupt zutreffend?

Zur Frage der »guten Studien«, also denen, die methodisch sehr zuverlässig (meist randomisierte Studien) und zudem an für eine Fragestellung repräsentativen Populationen durchgeführt wurden, kann man nur sagen: Für eher die Minderheit der wichtigen Themen haben wir wirklich »gute Studien«; und wenn es sie gibt, dann beschränkt sich ihre Zahl meist auf zwei bis vier Studien weltweit.

Zur zweiten Frage nach der Übertragbarkeit von Studienwissen – und

damit Aussagen der EbM-Leitlinien – auf den einzelnen Patienten ist zu sagen: Der Patient unterscheidet sich vom Durchschnitt der infrage kommenden Studienpopulationen in z. B. in Alter, sozialer Stellung, Dauer des Bestehens einer zu diagnostizierenden oder zu therapierenden Erkrankung, bestehenden Ko-Morbiditäten, den neben der Studien-Medikation auch noch eingenommenen Medikamenten sowie in seinen Reaktionen auf Medikamente – um nur einige Faktoren aufzuzählen. Und bei den Studien, die Basis von Leitlinien sind, geht es um Outcomes verbesserter Morbidität und Mortalität, zweitrangig auch um Surrogat-Größen eines Nutzens für eine Behandlung. Diese Outcomes aber werden alle durch die hier aufgeführten, die Menschen unterscheidenden Faktoren beeinflusst.

Und darüber hinaus – aber durch oben Gesagtes begründet – gibt es in allen Studien zahlreiche Ein- und Ausschlusskriterien, die wenigstens einige der zusätzlichen, also neben der untersuchten Behandlung wirksamen Einflüsse auf die Outcomes einer Studie »heraushalten« bzw. – realistischer gesagt – gering halten sollen. Damit aber besteht in allen Studien eine starke Vorselektion in Bezug auf die Teilnehmer, die dann zu einer artifiziellen (Studien-)Gruppe führt – also zu einer, zu der der »Menschen vor mir« nicht ungebrochen zugeordnet werden kann. (2)

Und weiterhin gilt: Es geht in Studien immer um »Aussagen zu einer Mehrheit«, aber in allen Studien, die eine bestimmte Intervention mit Nutzen nahelegen, gibt es auch immer kleinere Untergruppen, bei denen diese Intervention nicht nutzt oder gar einen Schaden aufweist. Und umgekehrt: Auch dann, wenn in einer Studie für die gesamte Gruppe kein Nutzen nachweisbar war, dann gibt es fast immer eine kleinere Untergruppe, die dennoch einen Nutzen hatte. Und vielleicht gehört ja der »Patient vor mir« zu letzterer Gruppe. (2)

Mit anderen Worten: Wir haben zwar ein Beurteilungs-Raster in Bezug auf »gute Studien« und EbM, damit aber kein verlässliches Inventar zur Behandlung jedes Patienten.



### ■ Wie lösen die handelnden Ärzte diese Probleme?

Entweder sie übernehmen das, was sie gelernt haben und was sie gar auch in EbM-Leitlinien lesen können – und sparen damit die »Unsicherheit der Basis« gedanklich aus. Oder sie reflektieren diese Unsicherheit der EbM-Basis und suchen nach weiteren »Beurteilungs-Rastern« für ihre Entscheidungsfindung.

Mit *EbM plus* dem ärztlichen *Expertenwissen* (= Erfahrung), was neben Medizinkenntnis auch die so genannte »Erlebte Anamnese« (also die gemeinsamen Erfahrungen von Arzt und Patient in Bezug auf dessen Krankheit und Gesundheit) sowie unter *Berücksichtigung der Präferenzen des Patienten* und seiner *Besonderheiten* erfolgt in der Praxis meist eine Handlungsentscheidung. Und schließlich sind dabei nicht selten auch noch *kulturelle Aspekte* sowie *ethische Überlegungen* (4) jeweils mit in den Entscheidungsweg aufzunehmen. Man hat also mehrere

»Beurteilungs- und Entscheidungsraaster«, die dann zu einer Entscheidung für und/oder mit dem Patienten führen. Dies ist ein komplexer, auf jeden Fall fast nie gradliniger Entscheidungsweg!

Selbst wenn man in einem »Fall« eine gut begründete EbM-Empfehlung hat, muss man also meist aus dem, was dabei für eine »Gruppe von Patienten« angeraten wird, auf den einzelnen Patienten extrapolierend – unter Berücksichtigung der anderen »Beurteilungs-Raster« entscheiden. Und solche Entscheidungen müssen zwangsläufig auch immer etwas subjektiv bleiben, d.h. nicht jeder Arzt und jeder Patient hätte in *fast* identischer Situation gleich gehandelt. (3)

Hinzu kommen – und das Geflecht, in dem ärztliche Handlungsentscheidung entsteht noch komplexer machend – die unterschiedlichen Arzt-Rollen, wie die Ärzte sich selbst und Patienten ihren Arzt sehen. Donner-Banzhoff beschreibt es im vorliegenden Heft: Heiler – Detektiv-Gatekeeper –Partner. Hiermit verbinden sich jeweils bestimmte »Ansprüche« an den Arzt – wie Donner-Banzhoff in seinen Beispielen beschreibt. Und diese machen Entscheidungsfindung im bisher beschriebenen Raum noch komplexer und noch subjektiver.

### ■ Regeln der Entscheidungsfindung

Hier nicht in Subjektivität unterzugehen, also in Beliebigkeit und/oder Selbstherrlichkeit zu handeln, bedarf es der *Entscheidungs-Regularien* eines jeden handelnden Arztes. Diese können wie folgt skizziert werden (3):

1. Klärung, ob es für das »Problem« EbM-Wissen gibt,
  2. ob dieses adäquat sich auf den Patienten übertragen lässt und/oder, ob extrapolierend für/mit ihm entschieden werden muss,
  3. Anlegen aller weiteren Beurteilungs-Raster: Patienten-Präferenzen und Eigenarten: sozio-kulturelle Rahmenbedingungen, ethische Bedingungen, eigene, d.h. des Arztes »Vor-Urteil« in einer Sache,
  4. Prozess der vorläufigen Entscheidungsfindung vor dem Hintergrund aller Raster,
  5. Dabei sollte insgesamt nie vergessen werden:
    - A) Patienten kommen – in der Regel – nicht zu uns, weil sie eine »rational begründete« Behandlung wünschen, sondern weil sie Hilfe wollen – und die kommt nicht selten über andere Wege. (5)
    - B) Das »EbM-Raster« muss immer dann besonders im Abgleich mit den anderen »Rastern« überwiegen, wenn entweder a) eine hoch-spezialisierte Tätigkeit erfolgt (weil oft die meisten Studien hier vorhanden) oder b) eine lebensbedrohliche Situation zu behandeln ist (also andere Aspekte in den Hintergrund rücken), sowie c) bei präventiven Maßnahmen (denn hier ist der Nutzen und Schaden immer so klein in Bezug auf den Einzelnen, dass mit ärztlicher Erfahrung und/oder Patientenpräferenz vernünftige Entscheidungen nicht begründet werden kann: Das, was erreicht werden soll, liegt in sehr ferner Zeit und ist sehr selten). (6)
  6. Gespräch mit dem Patienten zu Entscheidungs-Vorschlag führen und ggf. Revision desselben.
- Damit aber ist ärztliche Entscheidung meist nicht mittels gradliniger oder gar monokausaler Begründungen zu verste-

hen. Vielmehr arbeitet der Arzt in einem komplex determinierten Feld mit nur eher wenigen festen und gar allgemeingültigen Grundlagen. Hingegen hat er verschiedene »Raster der Entscheidungsfindung«, die er idealerweise immer zueinander abgleichend zur Anwendung bringen soll.

Gesundheitspolitisch hat dies als Konsequenz: Alle Vereinfachungen bei der Beurteilung von »Behandlung«, also fast alle monokausale Interpretationen sind in der Regel inadäquat und sollten vermieden werden. Denn sie führen längerfristig dazu, dass nicht mehr ärztlich gehandelt wird, sondern nach Vorgaben »vollstreckt« wird. Dies gilt für die juristische Seite als auch für die gesundheitspolitische. Qualitätsbeurteilung oder Bezahlung des Arztes aufgrund der schon die Komplexität massiv reduzierenden Dokumentationspflicht sind – bis auf Ausnahmen – nicht tauglich, sondern zerstörerisch für adäquate Versorgung. (7, 8)

*Prof. Dr. Heinz-Harald Abholz ist Facharzt für Innere Medizin und Allgemeinmedizin und war Direktor des Instituts für Allgemeinmedizin an der Universität Düsseldorf.*

### Literatur:

1. Eichler M, Pokora R, Schwentner L, Blettner M.: »Rationale Basis Evidenzbasierte Medizin: Möglichkeiten und Grenzen«, Deutsche Ärzteblatt 2015; 112 (51-52): A-2190
2. Abholz H-H.: »Der Mensch im Mittelpunkt – Über den gesuchten Weg zwischen ärztlicher Expertise und EbM-Leitlinien«, Zeitschrift für Allgemein Medizin 2017, 93: 445-449
3. Abholz H-H, Wilm S.: »Entscheidungsfindung in der Allgemeinmedizin«, in: Kochen MM (Hrsg.): »Allgemeinmedizin und Familienmedizin«, Stuttgart 2017, S. 645-655
4. Gágyor I, Simon A, in der Schmitt J.: »Ethische Fragen und Konflikte in der Allgemeinmedizin«, in: Kochen MM (Hrsg). Allgemeinmedizin, a.a.O., S. 636-644
5. Gigerenzer G.: »Das Einmaleins der Skepsis – Über den richtigen Umgang mit Zahlen und Risiken«, 3. Aufl., Berlin 2003
6. Spiro H.: »The power of hope«, New Haven & London 1998
7. Abholz H-H, Egidi G.: »Qualitätsindikatoren in der hausärztlichen Versorgung – ein Provokationspapier«, Zeitschrift für Allgemein Medizin 2009, 85: 260-63
8. Abholz H-H.: »Die Verdrängung des Individuums aus der Medizin – Über Kollateralschäden des Fortschritts«, Jahrbuch Kritische Medizin und Gesundheitswissenschaft, 2014; 50: 173-89

### »Gesundheit braucht Politik – Zeitschrift für eine soziale Medizin« – im Abonnement

Die Zeitschrift des vdäa ist inhaltlich längst mehr als eine reine Vereinszeitschrift. Wir machen vier Themenhefte pro Jahr zu aktuellen gesundheitspolitischen Problemen, die sich hinter anderen gesundheitspolitischen Zeitschriften im deutschsprachigen Raum nicht verstecken müssen. Vereinsmitglieder bekommen die Zeitschrift kostenfrei zugesandt.

Wer nicht Vereinsmitglied ist, hat die Möglichkeit, die »Zeitschrift für eine soziale Medizin« zum Preis von 26 Euro oder als Studentin oder Student für 10 Euro im Jahr zu abonnieren. Ein Probeabo besteht aus zwei Ausgaben und kostet ebenfalls 10 Euro.

Bei Interesse wenden Sie sich bitte an die Geschäftsstelle: [info@vdaee.de](mailto:info@vdaee.de)

# Esoterik in Zucker

## Homöopathie wirkt nicht und dient als Einstieg in die Esoterik – Von Thomas Kunkel

Homöopathie gilt als sanfte und günstige Alternative zur verpönten »Schulmedizin«. Wissenschaftliche Belege für ihre Wirksamkeit gibt es nicht, dennoch wird sie gesetzlich privilegiert. Wir dokumentieren einen Artikel von Thomas Kunkel, den er ursprünglich für die linke Wochenzeitung *jungle world* geschrieben hat, die auch Wert gelegt hat auf die politischen Verwandtschaften der Homöopathie...

**H**omöopathie habe ihren Kindern besser und schneller geholfen als Antibiotika. Der Dreijährige bekomme bei Erkältungsanzeichen sofort Globuli. Homöopathie sei »einfach spitze« und der Beweis dafür, dass sie funktioniere, seien »Tiere und Kinder, die nicht über die Wirkung nachdenken oder darüber debattieren« – so lauten einige Zitate aus der Kommentarspalte eines Facebook-Posts über Homöopathie des Bayerischen Rundfunks vom 16. Februar. Woher rührt dieser fast schon missionarische Eifer, voller Überzeugung für die Homöopathie zu werben und dies mit zwar kaum überprüfbareren Argumenten, dafür aber reichlich Anekdoten zu begründen?

Die homöopathische Behandlung nach Samuel Hahnemann (1755–1843) basiert im Kern auf drei Säulen: dem Anamnesegespräch (dem Erfragen medizinisch relevanter Informationen), der Simile-Regel (»Ähnliches möge mit Ähnlichem geheilt werden«) und der »Potenzierung« durch starke Verdünnung des Wirkstoffs, oft bis zu einem Grad, bei dem kein Molekül des Wirkstoffs mehr in der Lösung nachgewiesen werden kann. Die Anamnese ist auch heute noch wichtiger Teil medizinischer Behandlungen, wohingegen das Ähnlichkeitsprinzip und die »Potenzierung durch Verdünnung« Vorstellungen sind, die aus heutiger Sicht unvereinbar mit grundlegenden Erkenntnissen der Naturwissenschaft sind. Historisch betrachtet ist die Homöopathie im Kontext der Zeit ihrer Entstehung absolut nachvollziehbar. Zur Lebzeit Hahnemanns war die »Medizin der alten Schule« ein Hort düsterer Praktiken. Krankheitsentstehung wurde mit der Vier-Säfte-Lehre erklärt,

ein Konzept, das damals schon über 2000 Jahre alt war. Die Homöopathie erlangte ihre Popularität im 19. Jahrhundert auch deshalb, weil sie im Gegensatz zu Praktiken wie Trinkverbot bei Durchfallerkrankungen oder Aderlass den Patient\*innen nicht zusätzlich schadete.

In den ersten Jahrzehnten des 20. Jahrhunderts trugen die Schriften von Esoteriker\*innen wie Helena Blavatzky und Rudolf Steiner dazu bei, vor allem die bürgerlichen Milieus in Deutschland ideologisch auf den Faschismus vorzubereiten. Die Homöopathie erhielt weiterhin Aufmerksamkeit und weckte auch das Interesse ranghoher Nationalsozialist\*innen wie Rudolf Heß. Die Nazis förderten zur Formierung einer »neuen deutschen Heilkunde« in Abgrenzung zur »verjudeten Schulmedizin« eine Zeit lang verschiedene alternativmedizinische Ansätze, unter anderem die Homöopathie und anthroposophische Medizin. Die Ergebnisse waren jedoch selbst für die homöopathischen Forscher ernüchternd. Zur selben Zeit förderten die Faschisten Faschist\*innen auch die Praktiken von Laienheiler\*innen durch die Verabschiedung des Heilpraktikergesetzes im Jahr 1939. Dieses Gesetz bildet bis heute die Grundlage des Heilpraktikerwesens. Drei als »besondere Therapierichtungen« definierte Verfahren sind im 1961 erstmals erlassenen Arzneimittelgesetz der BRD von den hohen Hürden für die Arzneimittelzulassung ausgenommen: Homöopathie, anthroposophische Medizin und Pflanzenheilkunde. Diese Mittel müssen ihre Wirksamkeit nicht durch wissenschaftliche Studien belegen, es genügt der sogenannte Binnenkonsens. Verein-

facht gesagt: Weil die Homöopath\*innen und Anthroposoph\*innen behaupten, dass ihre Mittel wirken, sind sie auch verkehrsfähig.

Dabei haben methodisch hochwertige Studien bis heute die Wirksamkeit homöopathischer Mittel jenseits des Placebo-Effekts nicht nachweisen können. Das verwundert auch nicht. Fände das Ähnlichkeitsprinzip Eingang in die Medizin, müssten erhöhte Cholesterinwerte mit Butterflocken und Diabetes mit Würfelzucker behandelt werden. Die »Potenzierung« der homöopathischen Mittel ist chemisch nichts anderes als eine schrittweise Verdünnung im Verhältnis 1:10 (»D-Potenzen«), beziehungsweise 1:100 (»C-Potenzen«). Der pharmakologische Effekt kommt gemäß der homöopathischen Erklärung durch das Gedächtnis der Trägerlösung Wasser zustande, das sich energetische Informationen des Wirkstoffs »merkt«. Wäre die postulierte Potenzierung durch Verdünnung wirksam, müssten beispielsweise Herzrhythmusstörungen wegen Kaliumüberdosierungen nach dem Genuss von Leitungswasser ein häufig anzutreffendes Problem im medizinischen Alltag sein. Sind sie aber nicht.

**E**in unklarer Wirkmechanismus ist jedoch zunächst nichts Ungewöhnliches. In der Pharmakologie sind viele Wirkmechanismen ungeklärt; etablierte Erklärungen werden verworfen und neu formuliert. Hier liegt aber der Unterschied zum in sich geschlossenen Glaubensgebäude der Homöopathie: Wissenschaft im Sinne der Aufklärung unterliegt ständiger Veränderung. Die Glaubenslehre der Homöopathie hat sich in ihren Grund-



annahmen jedoch in 200 Jahren kaum weiterentwickelt. War die Homöopathie im beginnenden 19. Jahrhundert als eine Heilmethode neben anderen eine mehr oder weniger ebenbürtige Alternative zu den etablierten medizinischen Praktiken, so ist sie heute, im beginnenden 21. Jahrhundert, romantische Schwärmerei wider besseres Wissen.

Der Übergang in die kapitalistische (Post-)Moderne ist kein rationaler, eindimensionaler Prozess, sondern bringt weitreichende ideologiebildende Konsequenzen mit sich. Die von Marx im Kommunistischen Manifest beschriebenen »heiligen Schauer der frommen Schwärmerei« und das Bedauern um die Zerstörung der »idyllischen Verhältnisse« klingen auch heute noch im Gespräch mit Homöopathiegläubigen durch. In der Verteidigung der Homöopathie schwingt häufig die pauschale Wertung »Schulmedizin = Chemie = böse« und »Komplementärmedizin = natürlich = gut« mit. Eine solche regressive Kritik an der wissenschaftlichen Medizin kann zum irrationalen Selbstläufer werden. Sie nährt den Eifer, natürliche oder spontane Heilungsverläufe als Ergebnis der homöopathischen Behandlung zu interpretieren.

Das ist problematisch, denn erstens kann eine homöopathische Behandlung die Einleitung einer wirksamen Therapie im Ernstfall verzögern oder sogar verhindern. Zweitens eignet sich Homöopathie als Einstieg in die von rechten Verschwörungstheorien und reaktionären Weltbildern durchgezogene Esoterikszenen.

Der boomende Esoterikmarkt ist ein zeitgenössisches Produkt der sehr alten Praxis, mit dem (Aber-)Glauben der gesellschaftlichen Subjekte Profit zu machen. Unter der heutigen kapitalistischen Produktionsweise findet eine Transformation der Befriedigung des spirituell-religiösen Bedürfnisses im Sinne des Gebrauchswertes für das Individuum zu einem in Euro und Cent zu beziffernden Tauschwert statt. Das Bedürfnis wird warenförmig bedient durch die heilversprechende Dienstleistung, den Konsum von Globuli, Schüssler-Salzen oder Aura-Duschen. Dieser Umstand ist für die Subjekte höchst widersprüchlich, da die Ästhetik der Esoterikszenen »alternativ«, also vermeintlich kapitalismuskritisch daherkommt. Esoterik als Wissenschaftersersatz produziert irrationale Welt-erklärungen und Verschwörungstheorien und verhindert damit sozialkritische Teilhabe und Veränderung. Der Sinn, den die Esoterik den Gläubigen vermittelt, ist absolut individualisiert. Wo die egozentrische Nabelschau die Norm bildet, werden alle Ereignisse von ihrem gesellschaftlichen Kontext gelöst. Esoterik ist das religiöse Hintergrundrauschen bürgerlicher Schichten in kapitalistischen Krisenepochen.

Im Jahr 2014 betrug der Homöopathievertrieb der Apotheken eine halbe Milliarde Euro; mehr als die Hälfte der gesetzlichen Krankenkassen erstatten Kosten für Homöopathika. Auch wenn das ökonomische Volumen der Homöopathika vergleichsweise gering scheint, sind sie den Krankenkassen wahrscheinlich gerade deshalb ein willkommenes

Marketinginstrument bei der Werbung für sie günstiger Mitglieder, denn Homöopathie nutzen in Deutschland vorwiegend Frauen mit hohem Bildungsgrad und höherem sozioökonomischen Status. Nicht zuletzt sind auch die Gewinnspannen für die Hersteller beträchtlich. Homöopathieanhänger\*innen sind bereit, für ein Kilo Zucker mit Heilsversprechen anstatt 60 Cent beim Discounter mehr als 600 Euro in der Apotheke zu bezahlen.

Eine vom Bundesverband der Arzneimittelhersteller in Auftrag gegebene homöopathie-affirmative Umfrage des Allensbach-Instituts im Jahr 2009 zeigte, dass nur 17 Prozent der Bevölkerung wissen, was Homöopathie eigentlich ist. Der weitaus größte Teil denkt offenbar, es handle sich dabei um Naturheilkunde, also Anwendung von Pflanzenextrakten ohne Verschüttelungs-Hokuspokus. Es ist darüber hinaus fraglich, ob das Wissen darum, welche »Urtinkturen« von den Homöopathen angerührt werden, die Popularität der Homöopathie fördern würde. Von Quecksilber über humane Plazentaresten und Hundekot bis hin zu Teilen der Berliner Mauer gibt es ein buntes Sammelsurium an »Wirkstoffen«. Da wirkt es fast schon wieder beruhigend, dass die Zuckerkügelchen nur wenige oder gar keine Moleküle davon mehr enthalten.

(Quelle: *Jungle World*, 17. März 2016)

*Thomas Kunkel ist Weiterbildungsassistent in der Allgemeinmedizin in München und einer der neuen Vorsitzenden des vdää.*

# Cannabis als Medizin

## Michael Janßen zur Bewilligungs- und Versorgungslage seit März 2017

Einer der Workshops beim Gesundheitspolitischen Forum des vdää beschäftigte sich mit Cannabis als Medizin, das seit letztem Jahr – in relativ engen Grenzen – auf GKV-Rezept zu bekommen ist. Michael Janßen, Arzt für Allgemein- und Suchtmedizin Berlin, erläutert die aktuelle Rechtslage, die besser ist, als die faktische Situation der Patient\*innen und Ärzt\*innen, die es verschreiben wollen.

### ■ Die rechtliche Situation

Der im März 2017 neu geschaffene § 31 (6) im SGB V ermöglicht erstmalig die Verschreibung von THC-haltigen Cannabisblüten, Rezepturen und Fertigarzneien zu Lasten der GKV ohne Indikationsbeschränkung. Die ärztliche Verordnung unterliegt allerdings dem Genehmigungsvorbehalt der Krankenkasse: *Nur im begründeten Ausnahmefall darf abgelehnt werden. Verordnet werden kann bei Vorliegen einer schwerwiegenden Erkrankung, bei der eine allgemein anerkannte, dem medizinischen Standard entsprechende Leistung nicht zur Verfügung steht oder (...) nicht zur Anwendung kommen kann und eine nicht ganz entfernt liegende Aussicht auf eine spürbare positive Einwirkung auf den Krankheitsverlauf oder auf schwerwiegende Symptome besteht.* (Kursive Passagen sind Zitate aus §31 (6) SGB V)

Diese Kriterien entsprechen im Wesentlichen denen des sogenannten Nikolausurteils des Bundesverfassungsgerichts vom 6. Dezember 2005. Es begründete damals die Kostenübernahmeverpflichtung für Bioresonanztherapie bei einem Patienten mit Muskeldystrophie.

Nach bisheriger Gesetzeslage konnte das dem Bundesministerium unterstehende *Bundesinstitut für Arzneimittel (BfArM)* individuelle Genehmigungen erteilen, Cannabisblüten auf eigene Kosten unter ärztlicher Begleitung in der Apotheke zu erwerben; ca. 1.100 Patient\*innen waren dazu berechtigt. Die Palette der (über 50) Diagnosen, für die genehmigt wurde, reichte von ADHS über Schmerzsyndrome bis zu chronisch entzündlichen Krankheiten. Mit Inkrafttreten der neuen Rechtslage entfällt dieser Weg.

Neben dem neuen *no-label-use* für Cannabisblüten gibt es weitere, für spezielle Indikationen zugelassene Tetrahydrocannabinolhaltige (THC) Fertig-Arzneimittel: Canemes© zur Behandlung Übelkeit unter Chemotherapie, Sativex© für schmerzhafte Spastik bei Multipler Sklerose. Rezepturen mit Dronabinol werden in einzelnen, meist palliativmedizinischen Situationen eingesetzt. Der Eigenanbau ist nach wie vor nahezu ausnahmslos verboten.

### ■ Versorgungs- und Bewilligungslage

Die Patient\*innen mit bisheriger BfArM-Genehmigung, aber auch viele weitere Patient\*innen, die sich teilweise schon viele Jahre selbst mit Cannabis behandelt hatten und hohe Kosten sowie strafrechtliche Risiken auf sich nehmen mussten, hofften nun auf reguläre Versorgung mit *ihrem* Medikament als GKV-Leistung. Die Rechnung war jedoch ohne den Wirt GKV gemacht: Schon nach wenigen Wochen etabliert sich eine äußerst zurückhaltende Genehmigungspraxis der Krankenkassen, auch Anträge der alten BfArM-Patient\*innen werden vielfach abgelehnt. Die Begutachtungen des beauftragten *Medizinischen Dienstes der Krankenkassen (MDK)* fallen rigide aus. Es erfolgt die Prüfung nach Aktenlage schablonenhaft nach den o.g. Nikolauskriterien: Sind nach zuzuordnenden Behandlungsleitlinien alle Optionen nachgewiesen komplett und erfolglos ausgeschöpft? Gibt es noch irgendein aufgeführtes, in letzter Zeit nicht angewandtes Medikament oder Verfahren? Gibt es eine Lücke in der Dokumentation, wird der Antrag abgelehnt. Einige Gutachten unterstellen bei längerem Konsum eine Abhängigkeit von

Cannabis und somit eine *Kontraindikation*. Dieses schematische Vorgehen ist unzureichend angewandte Evidenzbasierte Medizin. Es wäre EbM-konformes Vorgehen, im Einzelfall auch Begleiterkrankungen sowie Präferenzen, Erfahrungen und Haltungen der Patient\*innen im Sinne des *shared decision making* als mitentscheidende Kriterien zu berücksichtigen. In der Begutachtung könnte der MDK der verordnenden Ärzt\*in die Kompetenz unterstellen oder Patient\*innen persönlich vorladen – beides passiert nicht. Die Spruchpraxis der Sozialgerichte ist derzeit nicht grundlegend anders, das Bundessozialgericht hat bisher in keinem Fall entschieden.

Aktuelle Daten sind nicht verfügbar, die Schätzungen gehen von maximal 40 Prozent bewilligter Anträge aus. Die Bundestagsfraktionen von LINKE und Bündnis 90/GRÜNE mahnten schon im Sommer 2017 eine Nachbesserung der Gesetzeslage zu Gunsten der Patient\*innen an, bisher ohne Erfolg.

Hinzu kommen noch nicht behobene Lieferengpässe der zertifizierten Importeure von Cannabisblüten aus den bevorzugten Herstellerländern Kanada und Niederlande. Die erste deutsche marktfähige Ernte im Auftrag der BfArM-Cannabisagentur wird nicht vor 2019 verfügbar sein. Darüber hinaus gibt es auch bei den Ärzt\*innen deutliche Zurückhaltung in der Verschreibung. Einerseits wird der nicht geringe (nach EBM mittlerweile abzurechnende) Arbeitsaufwand mit Antrag, Widerspruch und Sozialgerichtverfahren gescheut.

Andererseits ist die – unbegründete – Angst groß, sich zukünftig mit Freizeitkonsument\*innen auseinandersetzen zu müssen, die GKV-Rezepte wünschen.



## ■ Das medizinische Potential von Cannabis und die Dilemmata

Das Potential von medizinischem Cannabis (THC und Cannabidiol – CBD) sowie weiterer, noch nicht gänzlich erforschter Bestandteile der Pflanze, unter anderem sogenannter Terpene, ist bei weitem nicht erkennbar, nicht zuletzt wegen der jahrzehntelangen internationalen Forschungszurückhaltung durch die Prohibition. Das Besondere an den erst im Jahre 1987 entdeckten Cannabinoidrezeptoren ist ihr Vorkommen in den verschiedensten Geweben und Organen. Die Bedeutungen des Cannabinoidsystems sind bisher nicht vollständig bekannt. Dementsprechend ist die wissenschaftliche Erkenntnislage der Wirkungsweisen noch schlecht, insbesondere mangels größerer randomisierter, kontrollierter Studien.

Die Arbeitsgemeinschaft Cannabis als Medizin sieht trotzdem das therapeutisch nutzbare Potential für klinisch evident. Das *Arzneitelegramm* (10/2018) äußert sich bezüglich weniger Indikationen – Spastik bei MS, Übelkeit und Erbrechen unter Chemotherapie und chronischen Schmerzen – zurückhaltend: »Eine Empfehlung (...) können wir mangels klinischer Daten nicht geben.« Das *Deutsche Ärzteblatt* (38/2018) gibt einen Überblick über die Datenlage bei Schmerz- und Palliativmedizin: »Es besteht eine Diskrepanz zwischen der öffentlichen Wahrnehmung (...) und den Ergebnissen (...) nach den Standards der evidenzbasierten Medizin.« Und Norbert Schmacke schreibt in *Dr. med. Mabuse* (Nr. 230; 06/2017) über das Gesetz: »(...) dass wissenschaftliche Erkenntnisse nicht interessieren, wenn die Politik eigene Vorstellungen von wirksamer Therapie entwickelt.«

Auf eine wesentliche Besonderheit der Selbstmedikation mit Cannabis ist noch hinzuweisen: Die langjährig und weit verbreitete Erfahrung in der Selbstmedikation bei sehr unterschiedlichen Krankheitsbildern ist bei keiner anderen verschreibungspflichtigen oder verbotenen Substanzklasse bekannt. Daraus folgt in vielen Einzelfällen eine Arzt und Patient\*in beeindruckende Erfahrung und Wirksamkeit: Schwarmintelligenz, Placeboeffekte oder Mythenbildung? Je-

denfalls muss man ausgeprägte Substanz-spezifische Wirkungen unterstellen, anders als bei Methoden der Alternativen Medizin wie Homöopathie oder Ozonbehandlung.

Das Dilemma hat drei Dimensionen:

1. der paradoxe Auftrag des Gesetzgebers an die GKV, Verordnungen nur als ultima ratio zu genehmigen, gleichzeitig aber nur im Ausnahmefall die Verweigerung zuzubilligen;
2. die mangelhafte wissenschaftliche Evidenz;
3. die Überzeugungskraft der positiven Selbsterfahrungen und Hoffnungen der in der Regel schwer kranken Patient\*innen.

## ■ Evidenz: wie schaffen – und wie geht es bis dahin?

Die im Gesetz vorgesehene Begleiterhebung wird als Anwendungsbeobachtung keine indikationsspezifisch belastbaren Daten liefern. Im von der Cannabisagentur festzulegenden Herstellerabgabepreis der Produzenten ist kein Anteil für Forschung vorgesehen. Aber die außergewöhnliche Situation einer staatlich gelenkten Arzneimittelproduktion und Preisregulation wäre für staatlich geförderte und finanzierte Forschung nutzbar. Von der Pharmaindustrie geforderte überhöhte Arzneimittelpreise, die mit zweifelhaften Angaben über Forschungskosten begründet werden, könnten so nebenbei exemplarisch widerlegt werden.

Bis es bessere Evidenz gibt und insbesondere noch keine arzneimittelrechtlichen Zulassungen vorliegen, ist die Prüfung der Kostenübernahmeanträge weiterhin gerechtfertigt. Sie ist aber auf Plausibilität zu beschränken, ggf. unter persönlicher Vorstellung des Antragstellers. Der begründeten ärztlichen Verordnung soll in der Regel gefolgt werden; nur im Ausnahmefall, wie es der Gesetzgeber jetzt schon vorsieht, soll abgelehnt werden.

*Michael Janßen ist Arzt für Allgemein- und Suchtmedizin in Berlin und einer der neuen Vorsitzenden des vdää.*

# Reflexive Meta-Theorie für die Gesundheitsförderung

## Bedeutung für Theoriebildung und berufliches Handeln – von Arnd Hofmeister

Arnd Hofmeister erläutert hier die Probleme des Theoriedefizits in der Diskussion über Gesundheitsförderung und den Ideologieverdacht, dem man sich aussetzt, wenn man dieses anspricht. Wir meinen, dass dies nicht nur ein Problem der Gesundheitsförderung ist, sondern dass die richtige Kritik Hofmeisters durchaus übertragbar ist auf andere Bereiche.

In den Diskussionen und in der Literatur zu Gesundheitsförderung habe ich für mich immer ein Defizit an Theorie empfunden. Zwar werden in vielen Lehrbüchern die Grundbegriffe Partizipation und Empowerment genannt, dann aber dominieren verschiedene Modelle aus Wissenschaftsdisziplinen wie Gesundheitspsychologie, Marketing, Arbeitspsychologie oder Organisationssoziologie. Diese Modelle werden genutzt, so lange es passt und dann ad acta gelegt und durch andere ersetzt werden, die möglicherweise das Gegenteil behaupten oder teilweise im Widerspruch zu ersteren stehen. Ihre Beziehung zu den Grundbegriffen Partizipation und Empowerment oder den ethischen Grundlagen der Gesundheitsförderung bleiben unbestimmt.

So haben die meisten gesundheitspsychologischen Modelle ein reduziertes Menschenbild, das eher auf die Manipulation von Menschen zielt, denn auf ihre Ermächtigung zu bewusst und begründet handelnden Subjekten. Diese Beliebigkeit in der Theorie ist für einen Praktiker, der der Logik der Praxis im Sinne Bourdieus folgt, ohne sie allerdings als solche zu begreifen, nahe liegend. Für einen Wissenschaftler, der an einer systematischen Verbindung von Theorie und Praxis interessiert ist, bleibt ein solcher Eklektizismus schwer erträglich, denn schließlich hilft ein solcher Ansatz auch nicht für eine verbesserte Praxis, bleibt diese eben »unbegriffen«.

Es gibt verschiedene Vorstöße, dieses Problem zu überwinden (McQueen, Kickbusch, Abel, Pelikan 2007), aber diese werden nicht systematisch auf-

gegriffen und weitergeführt. Die Gründe dafür mögen vielschichtig sein. Die folgende Aufzählung versucht, Überlegungen aus der Wissenschaftstheorie und der Wissenschaftssoziologie zunächst nebeneinander zustellen.

Wissenschaftstheoretisch könnte man sagen:

- A) Das Ende der großen Erzählungen, das durch die Postmoderne ausgerufen wurde, macht ausufernde Theoriediskussionen überflüssig. Es dominiert das Motto: »Bedienen wir uns doch im Werkzeugkasten der Modelle und Ansätze. Gut ist, was wirkt. Was zählt, ist die Praxis.«
- B) Jeder Versuch, durch eine Meta-Theorie das offene theoretische Feld zu schließen, unterliegt dem Ideologieverdacht. Nichts desto trotz wird dann auf die positivistische Meta-Theorie der Evidenzbasierung gesetzt.

Wissenschaftssoziologisch könnte man sagen:

- C) Mit Theorie ist in der Gesundheitswissenschaft kein Blumentopf zu gewinnen, es zählen Drittmittel und anwendungsbezogene Forschung etc.
- D) Gesundheitsförderung wird weitgehend an Fachhochschulen gelehrt, deren vorrangiges Ziel die angewandte Wissenschaft und nicht die Theoriebildung ist.
- E) Die Wissenschaftler\*innen, die Gesundheitsförderung unterrichten, kommen aus sehr unterschiedlichen Fachrichtungen mit ganz unterschiedlichen Traditionen. Somit bezieht sich ihre Vorstellung von

Theorie und Wissenschaftlichkeit auf ganz unterschiedliche Disziplinen: Biologie, Medizin, Sportwissenschaft, Psychologie, Gesundheits- und Sozialwissenschaft, Betriebswirtschaft...

Als kleinster gemeinsamer Nenner wird die Wissenschaftlichkeit auf formale Kriterien beschränkt (z.B. durch das Festlegen des Aufbaus wissenschaftlicher Abschlussarbeiten, die sich eng an naturwissenschaftlichen Modellen orientiert). Ein anderer Garant für Wissenschaftlichkeit



ist die Anwendung bestimmter Methoden (dies wäre die Diskussion über Evidenzbasierung). All dies bleiben letztlich pragmatische Versuche, Stabilität in ein unsicheres Fachgebiet zu bringen, wissenschaftlich befriedigend ist es nicht, weil dieser Zwang zu bestimmten Formen die harte, an Naturwissenschaften orientierte Forschung privilegiert, qualitative Forschung oder gar Handlungsforschung benachteiligt und Theoriearbeiten systematisch ausschließt. Wenn mir ein Kollege auf einer Public Health Tagung auf diese Kritik oder dieses Unbehagen entgegnet, er arbeite ja auch theoretisch und qualitativ und habe im Theorieteil seiner Promotion eine qualitative Inhaltsanalyse seiner Literaturrecherche vorgenommen, dann reden wir über unterschiedliche Dinge, wenn es um Theorie geht. Kurz, es scheint ein Ding der Unmöglichkeit zu sein, überhaupt über Theorie in der Gesundheitsförderung zu diskutieren, geschweige denn eine Meta-Theorie für die Gesundheitsförderung zu entwickeln.

Viele Diskussionen in internationalen Kontexten führen zunächst auf die *Ottawa Charter* als Grundlagendokument zurück. Weitergehende Verständigung ist die Ausnahme. Man bekennt sich gemeinsam zur Ottawa Charter und redet dann in 1000 Zungen im festen Vertrauen, dass man schon an dasselbe glaubt, das in diesem Dokument bezeugt wurde. Es geht im Glauben aber wie im Leben und wie in der Wissenschaft nicht bloß um ein geteiltes »gutes Gefühl«, sondern wenn man etwas gemeinsam schaffen will, ist es eine ernsthafte Arbeit. In der Auseinandersetzung um die Ottawa Charter ist es dann eben die Arbeit am Begriff oder, um es weiter im Sinne Hegels zuzuspitzen, die Arbeit des Begriffs: Eine wesentliche Differenz zwischen Hegels Art der Theoriebildung und der in den Gesundheitswissenschaften dominanten positivistischen Theoriebildung besteht darin, Begriffe nicht einfach quasi aus dem Nichts zu setzen oder zu definieren, sondern zunächst einen metatheoretischen Rahmen zu spannen, dann die Begriffe aus Widersprüchen heraus zu entwickeln, ihre Entstehung historisch zu rekonstruieren und auf diese Art dafür zu sorgen, dass sich Praxis und Theorie / Wirklichkeit und Begriff

aufeinander zu bewegen. Die Gesundheitsförderung kann – trotz aller Kritik an Hegel in den letzten 200 Jahren – eine Menge von ihm lernen, gerade wenn es um die Entwicklung einer Meta-Theorie geht. Es gibt kaum einen Theoretiker oder eine Theoretikerin, die nach ihm versucht hat, Erkenntnisse der Natur- und Geisteswissenschaft in einem einheitlichen Theoriegebäude zu verbinden und dies nicht durch ein schlichtes Neben- oder Übereinander unterschiedlicher Systemebenen, sondern durch die Widersprüche dieser Wissenschaftsansätze hindurch.

Folgende Thesen sollen ein erster Schritt zu einer reflexiven Meta-Theorie für die Gesundheitsförderung sein:

1. Um sich als *kritischer* Handlungsansatz theoretisch und praktisch zu stabilisieren, braucht die Gesundheitsförderung eine Meta-Theorie, die mehr ist als ein positivistisches oder systemisches Nebeneinander unterschiedlicher Theorien und Modelle.
2. Diese Meta-Theorie muss einerseits das Spannungsfeld von Natur-, Geistes- und Sozialwissenschaften und andererseits den Widerspruch zwischen Theorie und Praxis überbrücken und nicht nur Modelle nebeneinander stellen.
3. Diese Meta-Theorie ist kein einheitliches Lehrgebäude, sondern ist eher eine Form der Reflexion wissenschaftlicher und praktischer Widersprüche. Sie ist entsprechend dem Handlungsansatz der Gesundheitsförderung prozessorientiert.

Zur ersten These: Gesundheitsförderung als Handlungsansatz hat sich erfolgreich etabliert. Mittlerweile gibt es 35 Studienangebote auf BA- und MA-Ebene in Deutschland, die Entwicklung eines Qualifikationsrahmens ist erfolgreich fortgeschritten und auch auf internationaler Ebene gibt es stabile Netzwerke und Organisationen, die die Gesundheitsförderung weiterentwickeln und ihren wissenschaftlichen und praktischen Fortbestand sichern. Braucht es also überhaupt eine Meta-Theorie oder kann man nicht einfach nur sagen »Weiter so!« Interessant ist, dass sich alle Protagonisten insbesondere im Hochschulbereich weiterhin auf die Ottawa-Char-

ter beziehen. Die *Bangkok-Charter* als geplante Weiterentwicklung hat sich nicht durchsetzen können. Der Wechsel vom sozialökologischen Ansatz der 1980er mit seinen Schwerpunkten auf bottom up-Ansätze, Community Action, Partizipation, Empowerment und Health Equity scheint überzeugender zu sein als der New Capitalist top down approach mit Global Governance und Policy-Development der Bangkok Charter (Porter 2006). Letztere ist zu technokratisch und zu wenig lebendig. Das Einheitsstiftende der Ottawa Charter scheint ihr »Geist« zu sein. Aber zu glauben, dieser Geist sei immer noch hegemonial und bestimme die Interpretation der Kernbegriffe, ist ein Irrtum. Diese sind mittlerweile tief in das »Begriffsrepertoire des new capitalism der Gegenwart« eingeschrieben, dabei sind sie weitgehend ihres kritischen Kernes beraubt.

Was heißt heute *Community Action*: Der konservative Premierminister Großbritanniens ruft die neue Bürgergesellschaft mit mehr bürgerschaftlichem Engagement aus, mehr Demokratie für mehr Einsparungen. Was heißt heute *Partizipation*: Keine Politikscheidungen von der kommunalen



bis zur globalen Ebene ohne partizipative Verfahren. Vom Bürgerhaushalt, über Stuttgart21-Plattformen bis zum Consultation-window der Europäischen Kommission. Beteiligung als Forderung nach Mitgestaltungsmöglichkeiten wird zur Pflicht. Der dabei gesteckte Rahmen kann kaum thematisiert werden, die Beiträge der Beteiligten dienen primär der Einbindung kritischer Akteure und der Legitimation. Was heißt heute *Empowerment*: Empowerment dient heute weniger der Entwicklung kollektiver Handlungsfähigkeit, sondern eher dazu, Kinder und Erwachsene »stark zu machen«, um die rasant wachsenden Anforderungen an die Individuen im Prozess zunehmender Individualisierung selbstverantwortlich zu meistern. Equity und gesundheitliche Ungleichheit kehren sich im öffentlichen Diskurs zunehmend gegen die Benachteiligten selbst. Rauchen ist gesundheitsschädlich, wenn Hartz 4-Empfänger immer noch rauchen, dann gibt es da noch Einsparpotential. Das moralische Tabu des »Victim Blaming« gilt unter Studierenden der Gesundheitsförderung schon lange nicht mehr: Diejenigen, die sich in der sozialen Hängematte ausruhen, können doch keine Opfer sein. Je mehr sich aber Gesundheitsförderung in den Dienst des Verwertungsinteresses im Sinne des reinen Erhalts der Arbeitsfähigkeit stellt, desto skeptischer begegnen ihr die Menschen und das mit gutem Grund.

Kurz, Gesundheitsförderung, will sie nicht zur Sozialtechnologie und Wellness-Wissenschaft werden, sollte ihre Kernbegrifflichkeiten in einem sich verändernden gesellschaftlichen Kontext reflektieren und Bedeutungsverschiebungen als einen Kampf um Hegemonie begreifen. Die Verbetriebswirtschaftlichung des Gemeinwesens bei gleichzeitiger Individualisierung aller sozialen Zusammenhänge schreitet auch trotz der Krise und der Kritik am Finanzkapitalismus immer weiter voran, bestimmte Kernbegrifflichkeiten passen gut in diese neuen Strategien.

Reicht also eine kritische Gesellschaftstheorie als Meta-Theorie aus? Sie ist zumindest ein guter Anfang. Gesundheitsförderung hat als Teil einer kollektiven, emanzipatorischen Bewegung und Praxis begonnen. Aber eine kritische Gesellschaftstheorie ist nicht



ausreichend, haben wir es doch in der Gesundheitswissenschaft immer auch mit der so genannten ersten Natur zu tun. Der Gesundheitsbegriff umfasst eben nicht nur das Psychische und Soziale ggf. Spirituelle, sondern auch das Biologische. Eine Meta-Theorie sollte also, so meine zweite These, dieses Spannungsfeld von Natur-, Geistes- und Sozialwissenschaft überbrücken. In den unendlich vielen Gesundheitsmodellen stehen diese drei oder vier Dimensionen der Gesundheit meistens wie ein Komponentenkleber additiv nebeneinander, gelegentlich interagieren sie miteinander, aber selten wird das in irgendeiner Weise näher bestimmt; noch seltener werden diese Dimensionen als Teile eines individuellen und gesellschaftlichen Handlungsprozesses begriffen. Dies erst würde im Kern den Gesundheitsbegriff der WHO zu einem Gesundheitsbegriff der Gesundheitsförderung machen. In den Grafiken sind das dann immer irgendwelche Pfeile, die hin und her gehen, gleich einer chemischen Reaktion, nur weiß man in der Chemie wenigstens, was am Ende dabei rauskommt.

Eine gesundheitswissenschaftliche Meta-Theorie müsste da schon mehr leisten. Es geht dabei nicht um Vereinheitlichung, aber um Vermittlungen oder mindestens Übergänge zwischen unterschiedlichen Perspektiven auf denselben Gegenstand. Didaktisch wird dies im Problem-based Learning versucht. Hier lernen Studierende am Einzelfall problemorientiert die Erkenntnisreichweite unterschiedlicher Perspektiven auf denselben Fall kennen (Medizin, Psychologie, Physiotherapie etc.). Das ermöglicht eine Reflexivität in der Theorie gegen jede Borniertheit

wissenschaftlicher Disziplinen, wissenschaftstheoretisch ist dies ein Fortschritt, erkenntnispraktisch eine Herausforderung, bleibt doch Erkenntnis darin widersprüchlich, unscharf oder überbestimmt. So ermöglicht diese Perspektivenverschränkung, das Ungedachte oder Ausgeschlossene einer Wissenschaftsdisziplin erkennbar zu machen. Praktisch heißt dies aber auch für die entsprechenden Fachvertreter selbstkritisch eigene disziplinäre Unzulänglichkeiten zuzugestehen, um in der Theorieentwicklung aber auch der Praxis weiterzukommen.

Bourdieu fordert eine dreifache Reflexivität der Wissenschaftler\*innen:

1. die eigene Klassen-, Geschlechter- und Kulturperspektive, die je meine Forschung mitbestimmt, zu reflektieren. Inwieweit sind vermeintlich biologische Kategorien sexistisch und heteronormativ, inwieweit Mittelschichtsnormen klassistisch, inwieweit sind kulturelle Kategorien rassistisch oder europäisch-nordamerikanische Lebensweisen und Normen im Sinne einer Dominanzkultur imperialistisch?

2. Reflexivität heißt weiterhin, die Verflochtenheit ins wissenschaftliche Feld, d.h. das Verhältnis zu anderen Disziplinen, deren Einflüsse, Problemdefinitionen etc., zu bedenken.

3. Reflexivität heißt eben auch jenes eigene theoretisch Ungedachte, Unbewusste und Ausgeschlossene zu reflektieren. Dies ist die große Chance der Gesundheitsförderung, aber auch die große Herausforderung, heißt es doch für uns als Wissenschaftler\*innen die eigene Eitelkeit und die Eitelkeit unseres Feldes zu Gunsten umfassender Theoriebildung zurückzustellen. Die Erkenntnis dieser Unschärfe ermöglicht

es, das zweite Spannungsfeld meiner 2. These, das zwischen Theorie und Praxis, zu überbrücken und führt mich zu meiner dritten These.

So hat für Bourdieu gerade die Reflexion der theoretischen Begrenzungen zu einem veränderten Blick auf die Praxis geführt. Nicht nur folgt Wissenschaft bestimmten Regeln und unterliegt somit einer bestimmten Logik, sondern eben auch die Praxis. Für eine reflexive Meta-Theorie gilt es, sowohl den Methodologismus als auch den Theoretizismus in der Forschung zu vermeiden. Gesundheitsförderung sollte also auch den Primat des Gegenstandes vor der Methode bewahren und nicht blind den Regeln der Evidenzbasierung folgen. Umgekehrt gilt aber auch, dass eine Theoriebildung, die sich nicht den Herausforderungen der empirischen Praxis stellt, hohl bleibt.

Reflexivität ist im multidisziplinären Feld der Gesundheitsförderung neben einer kritischen Gesellschaftstheorie ein weiterer Bestandteil einer Meta-Theorie. Grundsätzlich gilt, dass es kei-

ne theorielose Praxis gibt, allem Handeln liegen Zusammenhangsannahmen (Theorien) zu Grunde. Verwissenschaftlichung und Professionalisierung heißt zentral, in der Praxis die Widersprüchlichkeit oder Unbestimmtheit reflektierend auf den Begriff zu bringen. Es geht darum, eine Problemstellung von unterschiedlichen Perspektiven aus beleuchten zu können, das in einer Perspektive nicht Sichtbare sichtbar zu machen sowie Implikationen und Konsequenzen einer bestimmten Praxis unter Rückgriff auf einen komplexen Gesundheitsbegriff zu benennen und im Rahmen einer kritischen Gesellschaftstheorie zu reflektieren.

Hier erst beweist sich die Güte einer reflexiven Meta-Theorie, wenn sie Begriffe zur Verfügung stellt, mit denen ein Scheitern begriffen werden kann. Wenn wir also über die Professionalisierung der Gesundheitsförderung einerseits und ihre Verwissenschaftlichung andererseits nachdenken, dann brauchen wir eine reflexive Meta-Theorie, die kritische Gesellschaftstheorie

mit einer reflexiven Multidisziplinarität verbindet. Wir brauchen zudem ein kritisches Professionalitätsverständnis, das sich mit einem »das funktioniert« als Kommentar zu seinen Aktivitäten nicht zufrieden gibt, ohne nach seinen Risiken und Nebenwirkungen fragt.

Nur wenige Ärzte und noch weniger Apotheker haben davon eine Ahnung.

*(Bei dem Text handelt es sich um eine gekürzte Fassung eines Vortrags aus der Dokumentation: E. Göpel (Hrsg.): »Dokumentation 25 Jahre Ottawa Charta. Professionalisierung und Gesundheitsförderung. Bilanzierung von Policy-, Praxis-, und Wissenschaftsentwicklung auf dem Weg zur nachhaltigen Gesundheitsförderung in Deutschland, Österreich und der Schweiz«, Hochschule Magdeburg-Stendal, S. 77-84 – Hier finden sich auch die entsprechenden Literaturangaben.)*

*Dr. Arnd Hofmeister promovierte in kritischer Psychologie an der FU Berlin und arbeitet seit mehr als 15 Jahren im Bereich Gesundheitsförderung / Public Health derzeit freiberuflich als Honorary Lecturer an 8 nationalen und internationalen Universitäten u.a.*

# Verrücktheit des Objektiven

## Volkmar Sigusch über die Möglichkeit von Erkenntnis unter den Bedingungen von Fetischismus und Verdinglichung

1984 ist die Abhandlung des Sexualmediziners Volkmar Sigusch »Die Mystifikation des Sexuellen« erschienen; sie ist 1992 in die »Encyclopédie philosophique universelle« der Presses Universitaires de France als Werk des Jahrhunderts aufgenommen worden. Zu Recht, wie wir finden. Deshalb haben wir versucht, Passagen daraus zusammenzustellen, in denen Sigusch unter Rückgriff auf Karl Marx' »Kritik der politischen Ökonomie« diskutiert, wie unter den Bedingungen des Fetischismus und der Verblendungszusammenhänge der warenproduzierenden Gesellschaft Erkenntnis als kritische dennoch möglich und nötig ist, um der Mystifikation – auch des Sexuellen – reflektiert begegnen zu können.

**A**narchische Lust, die zur Räson gebracht wird und dem gesunden Volksempfinden ein Grauen ist; Kriterien des Richtig und Falsch, des Beherrscht und Unbeherrscht, die durchgreifen; das Triebhafte, das, über einen Kamm geschoren, in Ehe wie Perversion uniform ist; der Reiz, der in sich läuft und immer raffinierter wer-

den muß, weil er nichts fruchtet; das Sexuelle, das ohne Typisierung nicht zu denken ist, dafür umso mehr ohne Subjektivität; die Mystifikation der Liebe, die den Menschen suggeriert, ihnen gehöre etwas ganz Persönliches, es komme auf sie als Individualitäten, auf ihre Innerlichkeit an, sie seien voll und ganz am Leben, obgleich das Einzel-

menschliche in den ökonomischen und gesellschaftlichen Bewegungen stumm und belanglos ist – all das sind Beschreibungen und Resultate einer bestimmten Verdinglichung und Verdrehung des Sexuellen, einer Verdinglichung und Verdrehung beider: des Triebes und des Bewußtseins.

Die Gestalt des Sexuellen, von der

bereits unter verschiedenen Aspekten die Rede war, auch dem: daß sie in ihrer heutigen Eigentümlichkeit etwas ist, was wir in untergegangenen Gesellschaftsformationen nicht finden könnten, diese spezifische Gestalt des Sexuellen hat ihr Fundamentum in re in der Struktur und Funktionsweise der warenproduzierenden Tauschgesellschaft, in der wir leben. Dessen bin ich gewiß, und davon soll die Rede sein. (S. 11 ff.) (...)

Die Marxschen Kategorien Warenfetischismus und verdinglichtes Bewußtsein, sind, wie ich zeigte, in der Kritik der politischen Ökonomie weder rein ökonomisch gefaßt noch zum Psychologischen hin neutral, weder allein solche der »Basis« noch allein solche des »Überbaus«. In ihnen sind wesentliche, »Tat-Sachen« des allgemeinen Lebens und des allgemeinen Alltagsbewußtseins vermittelt. Der Fetischismus ist nicht ohne ein mehr oder weniger beständig verdrehtes Spontanbewußtsein und die Verdinglichung des Spontanbewußtseins nicht ohne die durchgesetzte Warengesellschaft zu denken. Dabei meint Vermittlung nicht irgendein mehr oder weniger enges Verhältnis, eine »Interaktion« oder »Kommunikation« zwischen Gesellschaft und Bewußtsein; Vermittlung ist in der Sache selbst. Warenfetischismus meint keinen besonderen Inhalt oder gar eine Grille des Bewußtseins, sondern die Bildung des Alltagsbewußtseins selbst, und zwar eines notwendig falschen. Verdinglichung des Bewußtseins meint keinen speziellen psychischen Mechanismus oder Zustand, sondern den gesellschaftlichen Lebensprozeß selbst. Insofern sind

»Der Annahme den  
Garaus gemacht, es gehe  
vernünftig zu im  
bürgerlichen Leben ...«

diese Kategorien metaökonomische und metapsychologische (letzteres natürlich nicht im psychoanalytischen Verstand), gleichwohl und gerade deshalb aber für eine ökonomische Theorie ebenso fundamental wie für eine materialistische Theorie des Subjekts einschließlich einer Sexualtheorie. (...)

Die Kategorien Warenfetischismus und verdinglichtes Bewußtsein sind in dem eminenten Sinn dialektisch, als in ihnen Sein und Bewußtsein ineinander-

liegen. Die Mystifikationen, die sie fassen, können nicht mit Ideologien, Religionen oder anderen kollektiven Transpositionen des Bewußtseins gleichgesetzt werden. Fetischcharakter der Ware, Geldschleier, Kapital-Mystifikation usw. – das meint eine basale und generelle Verblendung. Diese wird nicht irgendwie von außen oder von weit her in die Gesellschaft und die Menschen hineingebracht; sie ist ihr Wesen. Wie die Freudsche Seelenanalyse hinter dem individuell Bewußten das Unbewußte zu fassen vermochte, legte die Marxsche Warenanalyse hinter den gang und gäben Denkformen, die sich unmittelbar, spontan reproduzieren, beispielsweise als Vorstellungen von Natürlichkeit, Freiheit und Recht im Wirtschafts- wie im Liebesleben, einen gesellschaftlichen Zusammenhang frei, der im Alltagsleben verborgen bleibt oder eben in der Form der gang und gäben Bewußtseinsformen verkehrtherum erscheint. Ideengeschichtlich haben beide, Freud und Marx, der von der klassischen deutschen Philosophie auf die Spitze getriebenen Annahme den Garaus gemacht, es gehe vernünftig zu im bürgerlichen Leben. (S. 70ff.) (...)

»Um ... eine Analogie zu finden«, sagt Marx, »müssen wir in die Nebelregion der religiösen Welt flüchten. Hier scheinen die Produkte des menschlichen Kopfes mit eigenem Leben begabte, untereinander und mit den Menschen in Verhältnis stehende selbständige Gestalten. So in der Waren-

welt die Produkte der menschlichen Hand.« (Karl Marx: Kapital 1, MEW 23, S. 86) Der Warenfetischismus und die Verdinglichung des Bewußtseins,

hier als basale Verblendung zusammengefaßt, sind insofern gegenüber allen vorausgegangenen Vergegenständlichungen und Verschleierungen historisch einzigartig, als sie, einmal durchgesetzt, alle und alles durchdringen. Heute haben sie die letzte Krypte erreicht, gehören nicht nur zur Ware oder zum Kapital, sondern zum Leben im Kapitalismus. Eine einheitliche Wirtschaftsstruktur für die ganze Gesellschaft und eine formell gleiche Bewußt-

seinsstruktur bei allen Gesellschaftsmitgliedern hatte es vor dem Kapitalismus nicht gegeben. Gegeben hat es aber im menschlichen Leben immer Vergegenständlichung; Arbeit ist Vergegenständlichung und Sprache auch. Wenn jedoch mit Marx und in seiner Folge von Fetischismus oder Verdinglichung gesprochen wird, ist ein gesellschaftlicher Zusammenhang gemeint, durch den selber sein eigener wesentlicher Kern verschleiert wird und verkehrt erscheint. Stellen wir uns wieder auf den Boden der Marxschen Warenanalyse, dann sind die gesellschaftlichen Verhältnisse der Verblendung, von denen die Rede war, mit der kapitalistischen Produktionsweise entstanden und werden mit ihr untergehen.

Wie aber können wir, in diesen Verhältnissen lebend, unsere festen Gedanken in Flüssigkeit bringen, um die bereits gestellte Frage wieder aufzunehmen? Wie ist das überhaupt möglich, wenn alles abstrahiert und verknöchert ist: Wenn nicht mehr die Besonderheit der Arbeit, sondern ihre Allgemeinheit die herrschende gesellschaftliche Form ist; wenn an die Stelle überschaubarer persönlicher Abhängigkeiten, beispielsweise der Leibeigenen und Vasallen im Feudalismus, undurchschaubare gesellschaftliche Anforderungen, Zwänge und Bewegung eingetreten sind; wenn Arbeiten und Produkte eine von ihrer Realität unterschiedene phantasmagorische Gestalt annehmen; wenn wir in einer fix und fertigen Welt von Dingen und Dingbeziehungen leben, deren Funktionen wir vielleicht noch zu durchschauen, deren Ablauf wir aber durch individuelles Tun trotz allen Erkennens nicht zu ändern vermögen; wenn sich unsere Tätigkeiten uns selbst gegenüber objektivieren; wenn sogar die Dinge verdinglicht, entfremdet werden, denn was hat die Maschine mit dem Profit, was haben Grund und Boden mit der Grundrente zu tun?

Ich denke, die Verrücktheit des Objektiven selber ist die objektive Einfallspforte für das Erkennen. Im Widerspruch, der in der Sache, der in den Verhältnissen, in ihrem inneren Kern existiert und ihr Wesen ausmacht, in dem Reiß, der durch die kapitalistische Gesellschaft geht, liegt die objektive



Möglichkeit für das reflektierende Denken, den festen und selbstverständlichen Lebensprozeß zu tangieren. Die Theorie des gegenständlichen Scheins beruht auf der Dialektik von Wesen und Erscheinung. Diese sind als historisch gewordene gefaßt, nicht als metaphysische mit einem ontischen, logischen oder genetischen Ort jenseits der Zeiten. Sie sind in sich selber vermittelt, prozessieren ineinander, koinzidieren aber nicht. Deshalb kann ein Widerspruchsbewußtsein das gesellschaftliche Alltagsbewußtsein durchbrechen. Wäre die Rationalität der kapitalistischen Welt nicht in sich selber irrational, gäbe es die ökonomische Konkurrenz so wenig wie den individuellen Fall, Schwein gehabt zu haben. Vor allem aber zeigen ökonomische Krisen und gesellschaftliche Konfrontationen, daß Schein und Sein nicht zusammenfallen. Dem gesetzmäßig zustande gekommenen Detail widerspricht die Zufälligkeit des Ganzen. Der gesellschaftlich-sachliche Zusammenhang gibt sich als einer der Zusammenhangslosigkeit zu erkennen, das sich maskiert durchsetzende Durchschnittsgesetz als eines der Regellosigkeit, der synthetisch-harmonische Charakter des Gesamtsystems als menschenfeindliche Verselbständigung seiner Teile.

Doch das ist theoretisch gesprochen. Die Verblendungsdichte des Bewußtseins mag abnehmen, sobald ei-

ner arbeitslos geworden ist, einen Lohn aus Angst diktiert bekommt, sich offensichtlich selber selbstverdingen muß oder unter einen Sozialplan gestellt wird. Ein Selbstbewußtsein der Verdinglichung mag dann entstehen, wenngleich allerlei ideologische und psychische Barrieren sein Entstehen zu verhindern suchen. Die kalte Wut, das persönliche Erleben der gesellschaftlichen Entwertung und das Wissen um die Ungerechtigkeit der Verfügenden durchdringen jedoch nicht die abstrakte Unmittelbarkeit der realen, beständig alltäglichen oder plötzlich schicksalhaft erscheinenden Tatsachen des Lebens. Den Zusammenhang von objektiver Notwendigkeit und individuellem Zufall legen sie nicht auseinander. Das heißt alles nicht, daß sie politisch nicht zu den richtigen Schlüssen in dem überschaubaren Bereich führen könnten. Es meint, daß erst eine geistige Anstrengung die Widersprüche auf ihren Begriff bringen kann.

**G**eistige Anstrengung - das heißt zunächst: Auch wenn die »späte wissenschaftliche Entdeckung ... Epoche (macht) in der Entwicklungsgeschichte der Menschheit«, wie Marx sich nicht scheut, über seine eigene Arbeit zu sprechen, »verschluckt sie keineswegs den gegenständlichen Schein der gesellschaftlichen Charaktere der Arbeit. Was nur für diese besondere Produktionsform, die Warenproduktion, gültig ist ... erscheint, vor wie nach jener Entdeckung, den in den Verhältnissen der Warenproduktion Befangenen ebenso endgültig, als daß die wissenschaftliche Zersetzung der Luft in ihre Elemente die Luftform als eine physikalische Körperform fortbestehen läßt (Kapital 1, 88).« Das gilt auch für den Forscher selber, der ein »Geschöpf« der Verhältnisse »sozial bleibt, so sehr er sich auch subjektiv über sie erheben mag« (Kapital 1, S. 16). Seine Erkenntnis löscht sein Alltagsbewußtsein nicht aus, vermag es aber zu modifizieren. Noch prinzipieller aber ist zu bezweifeln, ob sein Erkenntnisakt trotz adäquaten begrifflichen Fassens der Wirklichkeit diese so weit überwinden kann, daß er von Verdinglichung nicht mehr gezeichnet ist. Das Umfassen der Wirklichkeit mit dem Begriff, und sei er noch so di-

alektisch entfaltet, erinnert zumindest an das herrschende Prinzip der Kalkulation, an das frühbürgerliche Erkenntnisideal der Mathematisation des ganzen Lebens. Solange ein identisches Subjekt-Objekt praktisch undenkbar ist, muß auch der Theorie des gegenständlichen Scheins selber etwas von den falschen Antinomien Subjekt und Objekt, Notwendigkeit und Freiheit, Individuum und Gesellschaft, Form und Inhalt, Wesen und Erscheinung anhaften. Solange die basale Verblendung nicht nur generell ist, sondern prinzipiell auch untilgbar, muß den Kategorien des Warenfetischismus und des verdinglichten Bewußtseins selber etwas von dem anhaften, was sie zu begreifen suchen. Und so gibt es in der Theorie selber einen Boden für die theoretische Fetischisierung des Fetischismus in Gestalt des Ökonomismus, Psychologismus usw. Die Widersprüchlichkeit der Wirklichkeit kann von einer Theorie nicht außer Kraft gesetzt werden, steht in ihr selber nicht still. Ein theoretisch begründetes und empirisch waches Vermittlungsbewußtsein, welches Sein und Bewußtsein nicht parallelisiert, ineinander abbildet oder überhaupt zusammenfallen läßt, kann jedoch die Menschen und Dinge aus ihrer Fetisch-Isolation soweit herausdenken, daß das Positive im Negativen zutage tritt. Verdinglichung des Bewußtseins heißt ja nicht Stillstand des Denkens, sondern meint eine bestimmte Grundstruktur. Deshalb ist der Schleier, der über dem Ganzen liegt, ebenso wenig ganz und gar undurchdringlich wie ganz und gar zu zerreißen. In Analogie könnte man sagen: Wie es verschiedene Ebenen und Grade seelischer Realität und Klarheit gibt - Primärprozeß, Traum, Tagphantasie, Symptombildung usw. -, so gibt es verschiedene Ebenen und Grade geistiger Realität und Klarheit, wobei das Trennen dieser von jenen wie die Isolation der Ebenen willkürlich ist, weil selber ein Produkt der Verdinglichung. (S. 82ff.)

*Prof. Dr. Volkmar Sigusch war bis Oktober 2006 Direktor des Instituts für Sexualwissenschaft am Universitätsklinikum Frankfurt/Main.*

*(Quelle: Volkmar Sigusch: »Die Mystifikation des Sexuellen«, Frankfurt/New York: Campus Verlag 1984)*

# Kiezmedizin erleben und gestalten

Von Wolfram J. Herrmann, Sabine Gehrke-Beck, Christoph Heintze

Wolfram J. Herrmann, Sabine Gehrke-Beck, Christoph Heintze stellen uns ein neues Projekt an der Charité in Berlin vor, das versucht, in einem Wahlpflichtfach »Kiezmedizin erleben und gestalten« soziale Einflüsse auf Gesundheit und Krankheit für Medizinstudierende praktisch erlebbar zu machen.

Soziale Aspekte spielen für die Gesundheit von Menschen bekanntermaßen eine große Rolle, so haben u.a. der Wohnort, die soziale Einbindung und die Berufstätigkeit Einfluss auf Gesundheit, Krankheit und Lebenserwartung. Diese Aspekte werden in ihrer Theorie im Medizinstudium vermittelt; die praktische Verknüpfung zum späteren ärztlichen Handeln gelingt jedoch meist nicht.

An der Universität Gent gibt es schon seit einigen Jahren einen einwöchigen Pflichtkurs für Medizinstudierende, in dem diese in einem sozial benachteiligten Gebiet mit Patient\*innen und Ärzt\*innen sprechen und eine Gemeindiagnose (Community Diagnosis) stellen. Das Institut für Allgemeinmedizin, Charité-Universitätsmedizin Berlin, verfolgt das Ziel dieses Konzept für Medizinstudierende in den deutschen Kontext zu übertragen.

Seit dem Wintersemester 2016/2017 bieten das Institut für Allgemeinmedizin Medizinstudierenden im sechsten Semester das Wahlpflichtfach »Kiezmedizin erleben und gestalten« an. Neben Theorie zu *Community Oriented Primary Care* ist das zentrale Element des Wahlpflichtfaches das proaktive Beobachten, Bewerten und Forschen der Studierenden in einem »Kiez« – einem überschaubaren Stadtgebiet in Berlin. Die Studierenden lernen einen Kiez bezogen auf gesundheitsrelevante Probleme zunächst kennen. Dazu erkunden sie den Kiez zu Fuß, einzeln und in Kleingruppen angelehnt an die Stadtethnographie. Anhand ihrer Beobachtungen sollen sie gesundheitsrelevante Probleme im Kiez erarbeiten. Die Studierenden entscheiden selbst, welche unmittelbar wahrgenommenen Probleme sie im weiteren Verlauf des Wahlpflichtfaches vertiefen

möchten. In Kleingruppen von drei oder vier Studierenden setzen sie sich dann mit der konkreten Problemstellung auseinander. Dabei wenden sie qualitative oder quantitative Methoden auf pragmatische Weise an. Institutsmitarbeiter\*innen unterstützen dabei vor allem mit methodischen und praktisch-organisatorischen Hinweisen. Zum Abschluss des Wahlfachs nach drei Wochen präsentieren die Studierenden ihre Ergebnisse lokalen Akteuren in den jeweiligen Bezirksverwaltungen und diskutieren sie mit ihnen.

Der erste Kiez, den wir für das Wahlpflichtfach wählten, war im Wintersemester 2016/2017 der Planungsraum »Rüdigerstraße« in Berlin-Lichtenberg. Dieser östlich gelegene Planungsraum ist in vielen soziodemographischen Bezugswerten ein durchschnittlicher Bezirk in der Stadt.



Von historischen Interesse ist, dass hier die ehemalige Zentrale der Staatsapparat der DDR verortet war. Die elf Studierenden in diesem Semester wählten sich drei Themen, die sie eingehender untersuchten: die Versorgung von chronisch kranken Kindern in einer Schule mit sonderpädagogischem Schwerpunkt, die Versorgungslage von Menschen ohne festen Wohnsitz und die Verfügbarkeit der kinderärztlichen Basisversorgung im Kiez. Bei der Versorgung von chronisch kranken Kindern besuchten die Studierenden die Carl-von-Linné-Schule. Diese größte Schule für körperbehinderte Kinder in Europa war Ausgangspunkt für eine Reflektion der Vor- und Nachteile bei der Integration einer kinderärztlichen Versorgung in schulische Institutionen. Bei der Versorgungslage von Menschen ohne festen Wohnsitz kartierten die Studierenden alle Angebote für Menschen ohne festen Wohnsitz im Kiez und der näheren Umgebung. Zusätzlich wurden Mitarbeiter\*innen von Unterstützereinrichtungen befragt. In ihrer Präsentation benannten die Studierenden den niedrigschwelligen Zugang zu einer Krankenstation und die Bereitstellung von Schließfächern als dringlich, damit Menschen ohne festen Wohnsitz ihr Eigentum besser aufbewahren können. Bei der kinderärztlichen Versorgung im Kiez analysierten die Studierenden, ob sich die subjektiv wahrgenommene Unterversorgung mit Kinderärzt\*innen im Kiez statistisch belegen lässt. Sie setzten die Anzahl der Kinderärzt\*innen im Kiez zu der Anzahl der Kinder in Bezug und beschrieben, dass die Versorgungssituation im Berliner Durchschnitt liegt, zumindest, was die Kriterien der Kassenärztlichen Vereinigung betrifft. Ihre Befragung einer Kinderärztin ergab, dass Routinekontrollen und banale Erkältungskrankheiten als besonders zeitintensiv eingeschätzt wurden. Zusammenfassend diskutierten die Studierenden verschiedene Ansätze und Strategien über die reine Forderung nach mehr Kinderärzt\*innen hinaus.

Im Sommersemester 2017 wählten wir als Kontrast den Planungsraum Flughafenstraße in Neukölln, auch Flughafenkiez genannt. Dieser Kiez gilt als einer der Hot Spots in Berlin mit einer schwierigen sozialen Lage, vielen

relativ jungen Bewohner\*innen mit einem hohen Anteil an Menschen mit Migrationshintergrund. Gleichzeitig erfährt dieser Kiez einen starken Zustrom von Studierenden und anderen jungen Leuten. Acht Studierende untersuchten im Sommersemester diesen Kiez und vertieften zwei Themenbereiche: die Versorgung rund um die Geburt und gesundheitsschädliches Verhalten von 14-20-Jährigen. Zur Versorgung rund um die Geburt recherchierten die Studierenden, dass das nächstgelegene Krankenhaus mit einer Entbindungsstation relativ weit entfernt liegt und vor Ort nur eine praktizierende Hebamme zu Verfügung steht. Die Studierenden recherchierten, dass bestehende Angebote um die Geburt von muslimischen Müttern wenig in Anspruch genommen würden, möglicherweise, weil hier ein stärkeres soziales Netz und eine stärkere familiäre Bindung besteht und die Versorgung im Wochenbett als Aufgabe der Familien anzusehen sei. Die Recherche der Studierenden zeigte zudem, dass vielen Eltern neugeborener Kinder in Neukölln bestehende Angebote oftmals nicht bekannt seien. Die Studierenden diskutierten vor dem Hintergrund dieser Ergebnisse, wie Informationen erfolgreich zu vermitteln sind und welche Rolle kultursensible Aspekte dabei spielen.

In Experteninterviews arbeitete eine andere Gruppe der Studierenden das gesundheitsschädliche Verhalten von 14-20-jährigen Kiezbewohnern heraus und benannten Nikotinkonsum, Marihuanakonsum und Gewalterfahrungen als Problemfelder. Daraufhin befragten sie Jugendliche mit einem kurzen Fragebogen persönlich vor Ort. Dabei stellte sich vor allem Gewalterfahrung in der Schule als relevant heraus. Ihre Beobachtungen im Kiez ergaben, dass es kaum Angebote für über 14-Jährige gibt, insbesondere auch nicht für Jungen und junge Männer. Zusätzlich sei das Rauchen in Gaststätten weit verbreitet. In ihrer Abschlusspräsentation erarbeiteten die Studierenden Ansätze einer möglichen Intervention, die Multiplikatoren einschließt und bestehende und erfolgreiche Konzepte (»Kafka-Kampagne: Kein Alkohol für Kinder«) verstetigt. Die Diskussion mit dem zuständigen Mitarbei-

### **Bildredakteur\*in gesucht**

Wir suchen Unterstützung für die Bildauswahl, d.h. eine *engagierte ehrenamtliche Mitarbeiter\*in*, der/die sich um die Bebilderung zum Themenschwerpunkt kümmert.

Dazu müsstest Du mit uns jeweils eine Bildidee für ein Heft entwickeln und dann Bilddatenbanken mit CC0 (Creative Commons Zero)-Lizenz – ganz wichtig – (wie z.B. Flickr, Unsplash, Pixabay, Pexels) durchforsten und jeweils passende Bilder runterladen.

Auch mit anderen Fundstücken, sofern sie eine Breite von 2000 Pixel = mind. ca. 300 kb im jpg-format haben und frei verfügbar sind, kannst Du uns gerne überraschen.

Wäre das was, dann melde Dich!

Nadja Rakowitz

Telefon 0 61 81 – 43 23 48

Mobil 01 72 – 1 85 80 23

Email [info@vdaee.de](mailto:info@vdaee.de)

ter der Neuköllner Verwaltung ergab, dass dieses Problem bekannt sei und daher Projekte zur Gewaltprävention an Schulen durchgeführt würden.

Insgesamt waren die Studierenden in den beiden Durchgängen für das Wahlfach sehr motiviert und interessiert; sie investierten viel Zeit und Energie in ihre Projekte und diskutierten lebhaft. Die Ergebnisse der Evaluation werden zeitnah separat publiziert.

In diesem Wintersemester setzen wir das Wahlpflichtfach »Kiezmedizin« in dem Bezirk Reinickendorf fort. Wir hoffen, dass sich dieser innovative Ansatz der Integration ärztlichen Denkens und Handelns auf Gemeindeebene weiter etabliert und von weiteren medizinischen Fakultäten übernommen wird.

# Lahmende Lobby

## Eike Sanders über die »Lebensschutz«-Bewegung und den Fall Kristina Hänel

Eine zumindest teilweise Änderung der Abtreibungsgesetzgebung ist seit Ende 2017 so greifbar wie schon lange nicht mehr – und sie ist trotz des gesamtgesellschaftlichen national-konservativen Aufwindes nicht von Rechts angestoßen worden. Die »Lebensschutz«-Bewegung ist in der Debatte erst spät am Start und zeigt sich überraschend schlecht aufgestellt.

Seitdem am 24. November 2017 die Ärztin Kristina Hänel wegen Verstoßes gegen den § 219a StGB zu 6.000 Euro Strafe verurteilt wurde, fordern Viele in der politischen Landschaft offen die Abschaffung dieses Paragraphen, der die »Werbung« für Schwangerschaftsabbrüche verbietet. Bereits vier Bundesländer wollen ihn nun mit einer Bundesratsinitiative streichen lassen. Die Gesetzeslage, die nicht zwischen »Werbung« und Information unterscheidet, bietet ein Einfallstor, das Abtreibungsgegner\*innen seit Jahren nutzen, um Schwangerschaftsabbrüche anbietende Ärzt\*innen und ihre Patientinnen einzuschüchtern und zu schikanieren. Wie viele Schwangerschaftsabbrüche anbietende Ärzt\*innen und Kliniken Anzeigen bekommen haben, ist unbekannt<sup>1</sup>, es dürften in den letzten Jahren einige hundert Anzeigen wegen angeblichen Verstoßes gegen den § 219a sein. Bisher sind es lediglich die Anzeigenden selbst, die damit Öffentlichkeitsarbeit betreiben und offenbaren, dass es Teil der Propagandastrategie der »Lebensschutz«-Bewegung ist.

Derzeitiger Hauptakteur dieser Strategie ist der »Lebensschützer« Klaus Günter Annen und dessen Verein *Initiative Nie Wieder! e.V.*. Annen ist zwar durchaus gut vernetzt, seine Methoden und (Bild-)Sprachen scheinen aber großen Teilen der professionalisierten Anti-Abtreibungs-Organisationen zu radikal und abschreckend zu sein, um Erfolg in ihrem Sinne zu versprechen: Auf seinen Homepages »Babykaust« und »Abtreiber« wimmelt es nur so vor Shoah-Vergleichen, blutrünstigen Bildern abgetriebener Föten und Diffamierungen gegen die »Abtreiber-Lobby«. Annen listet dort fast 200 Namen und Kliniken auf; gegen alle hat er bzw. sein Verein seit 2005 Strafanzeige wegen Verstoßes gegen § 219a gestellt. Obwohl es kaum Verurteilungen gab, sind der psychologische Druck und die Verunsicherung groß und einige, vielleicht sogar die meisten Ärzt\*innen haben nach so einer Strafanzeige eine Veröffentlichung über ihr Angebot freiwillig aus dem Internet genommen.<sup>2</sup>

### ■ Ärzt\*innen als moralische Instanz

Da die »Lebensschutz«-Bewegung ihre Aktivitäten in den letzten Jahren verstärkt hatte, wähnte sich die Bewegung als einziger Player auf dem Spielfeld des »Lebensschutzes«. Doch eine gemeinsame Kampagne zur erhöhten Strafverfolgung beim Verstoß gegen den § 219a hatte sie nicht in der Tasche, als es zum Prozess gegen Hänel kam. Noch vor gut einem Jahr hatte Dr. med. Paul Cullen, Vorsitzender der *Ärzte für*

*das Leben*, selbstbewusst auf einer internen Tagung der »Lebensschutz«-Bewegung verkündet, dass sich Widerstand gegen das »polit-mediale Establishment« rege und »die Zeit des Anpassens und Zurückweichens vorbei« sei. Die Bewegung selbst sei Kulturkampf und ihr Ziel sei nicht, »unseren Gegner zu überzeugen, sondern ihn zu besiegen«.<sup>3</sup> Cullens Rede ist nur eines von mehreren Beispielen, wo sich der Eindruck verstärkt, dass sich die Bewegung im Aufwind sieht und dass sich der Ton massiv verschärft.

»Lebensschützer« haben die Funktion von Ärzt\*innen als »Gatekeeper« erkannt: Abbrüche anbietende Ärzt\*innen sind in Annens Weltbild »Tötungsspezialisten«, deren skrupelloses Treiben nicht nur durch den § 219a, sondern überhaupt gestoppt werden müsse. In der Propaganda von Organisationen wie dem *Bundesverband Lebensrecht (BVL)*, den *Ärzten für das Leben e.V.* oder den großen US-amerikanischen Vorbildern wie der *Alliance Defending Freedom (ADF)* hingegen sind sie potenzielle Verbündete und Verhindernde von Schwangerschaftsabbrüchen, wenn sie die moralische Verwerflichkeit von Abtreibungen erkennen und sich dem verweigern würden. In Deutschland steht im Schwangerschaftskonfliktgesetz (§12 Weigerung): Niemand ist verpflichtet, an einem Schwangerschaftsabbruch mitzuwirken.<sup>4</sup> Auf dieses Recht auf Gewissensfreiheit zielt die »Lebensschutz«-Bewegung, um Abtreibungen durch den Mangel an durchführenden Ärzt\*innen zu verunmöglichen. Und so gehen, obwohl die professionalisierte »Lebensschutz«-Bewegung Annens Methoden der Drohung nicht mitträgt, die Strategie der Einschüchterung von Ärzt\*innen durch Anzeigen und Strafverfahren auf der einen und der Appell an das ärztliche »Gewissen« und eine Verstärkung von medizin-ethischen Argumentationen auf der anderen Seite Hand in Hand.

### ■ Späte Lobby- und Kampagnenarbeit

Auch aus diesem Beweggrund mag die »Lebensschutz«-Bewegung zunächst relativ still geblieben sein, während die Kampagne für die Abschaffung des § 219a an Fahrt aufnahm. Der BVL veröffentlichte erst am Tag vor dem Prozess eine Stellungnahme für das Werbe-Verbot: »Für etwas zu werben, bedeutet in der öffentlichen Wahrnehmung, dass es sich um etwas Gutes, Akzeptables, Normales handelt, und bedeutet für die Werbenden, dass sie damit Geld verdienen wollen.«<sup>5</sup> Eine der größten »Lebensschutz«-Organisationen, die *Aktion Lebensrecht für Alle (ALFA)* mit nach Eigenangabe über



10.000 Mitgliedern, polemisierte: »Würden, falls laut Gesetzesentwurf nur noch »anstößige Werbung« verboten bliebe, Werbeanzeigen wie »Unbeschwert abtreiben – Sonderangebot, nur 399 Euro, nur bis Freitag!« als anstößig gesehen werden oder als faires Angebot für finanzschwache Frauen, die sich eine Abtreibung sonst nicht leisten können?«<sup>6</sup>

Lobbyarbeit gehört zum Kerngeschäft der parlamentarisch relativ gut vernetzten »Lebensschutz«-Bewegung und so hat sich die ALfA schriftlich an alle Abgeordneten des Deutschen Bundestags gewandt und sie um die Aufrechterhaltung des Werbeverbots für Abtreibungen gebeten.<sup>7</sup> Der BVL startete am 12. Dezember seine Kampagne »Keine Werbung für Abtreibung« und übergab mit einer kleinen »Demonstration« stellvertretend mehreren Abgeordneten des Bundestages »Nachbildungen von Embryonen in der zehnten Lebenswoche«<sup>8</sup>. Die evangelikale Dachorganisation *Deutsche Evangelische Allianz* veranstaltete am 13. Dezember einen »parlamentarischen Abend« im Bundestag, ihr Generalsekretär Hartmut Steeb sagte den anwesenden Parlamentarier\*innen von CDU/ CSU und FDP: »Wir [geben] keine Ruhe, solange 100.000 Menschen am Eintritt ins Leben gehindert werden.«<sup>9</sup>

Überrascht von der Debatte, die zwar einer der ihrigen mit seiner Anzeige gegen Hänel angestoßen hatte, deren Richtung und Wucht aber mangels einer eigenen konzertierten Gegenpropaganda außerhalb ihrer Kontrolle liegt, werden allerdings auch Stimmen von einem »Eigentor« laut, denn nun werde auch über den § 218 geredet werden, der »Kompromiss« sei in Gefahr: »Es bröckelt an allen Ecken und Enden. Nach der »Ehe für alle«, der Diskussion um Leihmutterchaft und Sterbehilfe, nun wieder das Dauerbrennertema Abtreibung. Das Töten in Deutschland erfährt Konjunktur«, schreibt Bernhard Limberg bei der Evangelischen Nachrichtenagentur *idea*.<sup>10</sup> Die Abschaffung des gesamten § 218 ff. scheint unrealistisch, doch die plötzliche Zulassung der Öffnung der Ehe für alle im Sommer 2017 und der Beschluss des Bundesverfassungsgerichtes zu einer dritten Ge-

schlechtsoption im Geburtsregister im Oktober 2017<sup>11</sup> haben auch die »Lebensschutz«-Bewegung getroffen: Für sie ist der Zusammenhang zwischen »Frühsexualisierung«, »Genderwahn«, der Bedrohung des Christentums, der angeblichen Auflösung der traditionellen Hetero-Familie und Abtreibungen sonnenklar. Die Größe der personellen Überschneidungen auf den »Demos für Alle«, die zu Hochzeiten in Stuttgart einige Tausend Menschen gegen mehr Diversität im Bildungsplan mobilisieren konnten, ergibt sich aus der ideologischen Kongruenz im Antifeminismus. Unterschiede in der Nähe oder Distanz zu Neonazis oder AfD, abstoßende Holocaust-Vergleiche oder Uneinigkeit in der Frage, wie zentral Religion im eigenen Weltbild ist, haben bisher keine Zusammenarbeit zwischen der »Lebensschutz«-Bewegung und einem sich organisierenden Antifeminismus verhindert. Gesellschaftlich und ideologisch drohen gefährliche Diskursverschiebungen nach rechts und die Vertiefung diverser Gräben. Dennoch: Der gesellschaftlich erstarkende Antifeminismus (und mit bzw. in ihm die latente bis offene Homo- und Trans\*feindlichkeit), musste auf der realpolitischen Ebene herbe Rückschläge einstecken, was auch Teile der »Lebensschutz«-Bewegung in Bezug auf den § 219a entmutigen dürfte.

*Eike Sanders arbeitet für apabiz e.V. und das Forschungsnetzwerk Frauen und Rechtsextremismus.*

- 1 Vgl. [https://www.taz.de/Lebensschuetzer-zeigen-Aerztin-an/15460708/?utm\\_source=change\\_org&utm\\_medium=petition](https://www.taz.de/Lebensschuetzer-zeigen-Aerztin-an/15460708/?utm_source=change_org&utm_medium=petition); Die vom Bundeskriminalamt herausgegebene polizeiliche Kriminalstatistik gibt lediglich Auskunft über die Anzahl der an die Staatsanwaltschaft abgegebenen Ermittlungsverfahren zu § 219a StGB, welche laut Drucksache 18/9595 zwischen 2010 und 2014 insgesamt 42 betrug, 2015 allein schon 27. Zwischen 2010 und 2014 (für 2015 lagen keine Antworten vor) gab es insgesamt nur vier Aburteilungen und davon im Jahr 2010 eine Verurteilung zu einer Geldstrafe. Die weiteren drei Verfahren wurden ohne Verhängung einer Maßregel eingestellt. Vgl. Schriftliche Fragen an die Bundesregierung: Drucksache 18/9595, <http://dip21.bundestag.de/dip21/btd/18/095/1809595.pdf>, S. 28f.; 22.12.2017
- 2 Bsp.: <http://www.abtreiber.com/anz/zeitdok/60326/60326.htm>
- 3 »Quo vadis, Lebensschutz? – Eine Veränderung in den gesellschaftlichen Verhältnissen ist jetzt möglich!«, Gastbeitrag von Prof. Paul Cullen beim Lebensrecht-Forum in Kassel am 19. November 2016, in: <http://www.kath.net/news/57579>
- 4 (2) Absatz 1 gilt nicht, wenn die Mitwirkung notwendig ist, um von der Frau eine anders nicht abwendbare Gefahr des Todes oder einer schweren Gesundheitsschädigung abzuwenden.
- 5 <http://www.bv-lebensrecht.de/aktuell/einzelansicht/article/werbung-fuer-abtreibung-verletzt-die-menschenwuerde.html>
- 6 PM »Sonderangebot Abtreibung?« vom 1.12.2017, in: <https://www.alfa-ev.de/01122017-pressemittteilung-sonderangebot-abtreibung/>
- 7 ALfA Newsletter vom 17.12.2017; <https://www.alfa-ev.de/alfa-newsletter/alfa-newsletter-vom-17122017/?online=1>
- 8 <http://www.bv-lebensrecht.de/aktuell/einzelansicht/article/219a-schuetzt-frauen-werbung-fuer-abtreibungen-verhindern.html>
- 9 <http://www.ead.de/nachrichten/nachrichten/einzelansicht/article/dea-parlamentarischer-abend-in-berlin.html>
- 10 <http://www.idea.de/spektrum/detail/ein-eigentor-fuer-den-schutz-ungeborener-103375.html>
- 11 Das Bundesverfassungsgericht verpflichtete den Gesetzgeber, bis Ende 2018 eine dritte Begriffsoption neben »männlich« und »weiblich« im Geburtenregister zu ermöglichen oder allgemein auf einen Geschlechtseintrag zu verzichten. Damit gaben die Karlsruher Richter einer intersexuellen Klägerin Recht.

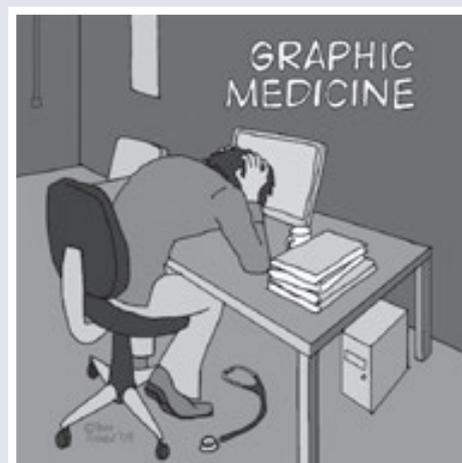
# Gute Medizin braucht Politik

## Wider die Kommerzialisierung der Medizin

### Junge Ärztinnen und Ärzte im vdäa

Freust Du Dich, dass es bald losgeht, als »richtige« Ärztin/»richtiger« Arzt zu arbeiten? Und sieht der Tag nach den ersten Monaten im Beruf auf einmal ganz anders aus als Du es Dir vorgestellt hast? Die Stationsarbeit wird zum Getriebe: Aufnahmen, Untersuchungen anmelden, Entlassungen, Codieren – kurzum: Fließbandarbeit und wenig Kontakt zum Patienten.

Und immer wieder springst Du ein, wenn mal wieder Ebbe im Dienstplan ist. Leere Stellen werden insbesondere in der Pflege nicht mehr nachbesetzt oder aus Kalkül offen gehalten, um die Personalkosten zu drücken. Aber auch wenn der Mangel und das gegenseitige Aushelfen die Berufsgruppen zeitweilig verbindet, bei den nächsten Tarifverhandlungen kämpft wieder jede Gruppe für sich und die Gelder für die Klinik sind gedeckelt – und was Deine Berufsgruppe sich erkämpft, fehlt nachher den anderen...



### Warum in den vdäa?

Auch wir im vdäa fragen uns, warum in einem der teuersten Gesundheitssysteme für die Beschäftigten befriedigende Arbeitsbedingungen und eine hochwertige Patientenversorgung immer schwieriger werden. Wir sind Ärztinnen und Ärzte aller Fachrichtungen, stationär und ambulant tätig, wir begleiten die Entwicklung im Gesundheitssystem sehr kritisch und wollen – auch gegen die offiziellen StandesvertreterInnen – kritischen Positionen Gehör verschaffen. Und wir wollen etwas zum Positiven ändern. Tendenzen der Ökonomisierung und Privatisierung, Fragen der Medizinethik etwa zu Sterbehilfe oder PID diskutieren wir kritisch und oft auch mit kontroversen Positionen. Wir sind parteipolitisch ungebunden, arbeiten aber zusammen mit anderen Organisationen bei bestimmten Themen.

Uns eint die Überzeugung, dass positive Veränderungen im Gesundheitswesen und mehr Solidarität nicht von wechselnden Gesundheitsministern auf dem Silbertablett präsentiert werden, sondern mit solidarischer Zusammenarbeit aller Berufsgruppen im Gesundheitswesen erstritten werden müssen. Wir müssen uns engagieren statt zu resignieren!

**Es ist Zeit, sich einzumischen**

[www.vdaeae.de](http://www.vdaeae.de) | [www.facebook.com/vdaeae](https://www.facebook.com/vdaeae)