https://gen-ethisches-netzwerk.de/node/2357

Gen-ethischer Informationsdienst

Abstrakte Patienten

Die Standardisierung ärztlichen Handelns

AutorIn
Silja Samerski

„Personalisierte Medizin“ - der Begriff suggeriert individuelle, ärztliche Zuwendung. Mehr als bisherige medizinische Behandlungsregime basiert der Ansatz aber auf statistischen Konstrukten, auf deren Basis standardisierte Behandlungsentscheidungen gefällt werden. Gestützt wird damit nicht nur die zunehmende Ökonomisierung der Gesundheitsversorgung, sondern auch eine berechnende Medizin.

Der Begriff „personalisierte Medizin“ hätte gute Chancen, den Wettbewerb um das Unwort des Jahres zu gewinnen.1 Bei der Anwendung molekularbiologischer Testverfahren von „personalisierter Medizin“ zu sprechen, ist eine Verdrehung von Tatsachen, denn der Begriff täuscht vor, die Medizin würde sich endlich (wieder) der einzelnen Person zuwenden. Das ist jedoch ein Irrtum. Die „individualisierte Medizin” ist ein Baustein einer Gesundheitsverwaltung, in der Patienten nicht als Menschen aus Fleisch und Blut, sondern als abstrakte Datenprofile gemanagt werden. Personalisierte Medizin fußt auf Berechenbarkeit, Standardisierung und statistischen Vorhersagen. Einzelne Menschen sind jedoch nicht berechenbar. Vorhergesagt und standardisiert werden können lediglich statistische Konstrukte. Eine berechnende Medizin verlangt daher einen ärztlichen Blick, der den Einzelnen nur noch als Teil von Kohorten sieht, als gesichtslosen Fall. Wer sich weiterhin am konkreten Menschen orientieren will, gerät daher im heutigen Gesundheitswesen in unauflösbare Widersprüche.

Vom Patienten zum Abstraktum…

Wer heute zum Arzt geht, läuft Gefahr, in ein Abstraktum verwandelt zu werden. Fast jeder Befund, ob Schwangerschaftstest, Mammographie oder prädiktiver Gentest, transformiert die Patientin in ein Konglomerat aus statistischen Daten. Nicht mehr die leibhaftige Person, sondern dieses abstrakte Gespinst aus Werten und Wahrscheinlichkeiten ist für den Arzt heute handlungsleitend. Der Gynäkologe ordnet für Frau K. einen Kaiserschnitt an, weil das Risikoprofil ihrer Schwangerschaft eine normale Geburt zu riskant erscheinen lässt, und die Internistin verdonnert Herrn S. zu regelmäßigen Darmspiegelungen, weil er und sein Bruder einen Darmpolypen hatten und daher, statistisch kalkuliert, als Risikopersonen eingestuft werden. Diese Risikoprofile bestimmen die Patientenkarriere von Frau K. und Herrn S. - auch, wenn sie gar nichts über ihre persönliche Gesundheit aussagen. Risikoatteste sind keine Diagnosen. Per definitionem beziehen sich Wahrscheinlichkeiten nicht auf eine konkrete Person, auf das „Ich“ oder „Du“ in einer umgangssprachlichen Aussage, sondern immer nur auf einen Fall aus einer statistischen Population.

…und von der klinischen Medizin zur Risikomedizin

Wie fundamental sich die heutige Risikomedizin von der uns vertrauten klinischen Medizin des 20. Jahrhunderts unterscheidet, hat der Medizinsoziologe David Armstrong eindrücklich beschrieben: Im Zentrum der herkömmlichen Medizin stand der Körper des Patienten. Aufgabe des Arztes war es, Gesundheit und Krankheit zu unterscheiden und am Einzelnen zu diagnostizieren. Die heutige Risikomedizin dagegen ist auf Populationen und Möglichkeitsräume fixiert. Die zentralen medizinischen Kategorien „gesund“ und „pathologisch“ lösen sich weitgehend auf. Risikofaktoren lassen sich immer und überall finden, weshalb die heutige Medizin alle Menschen ins Visier nimmt - auch, wenn ihnen gar nichts fehlt.2 Nicht mehr die Trias „Diagnose, Prognose und Therapie“ bestimmen das ärztliche Handeln, sondern die Trias „Risikoidentifizierung, Prädiktion, Risikomanagement“. Die Vorherrschaft von evidenzbasierter Medizin (EBM), Public Health und Risikoprävention ist Ausdruck dieser Abkehr vom einzelnen Patienten. Ärzte nehmen heute, kritisiert der Allgemeinmediziner Heinz-Harald Abholz, keine individualmedizinische, sondern eine bevölkerungsmedizinische Perspektive ein.3 Wer als Arzt nicht als zurückgeblieben gebrandmarkt werden will, muss diese Perspektive verinnerlichen. Das heutige medizinische Fachwissen selbst, also grundlegende Konzepte und Kategorien, gehen nicht mehr vom einzelnen Menschen aus, sondern von statistischen Populationen. Die so genannte personalisierte Medizin ist kein Gegenspieler, sondern ein Mitspieler dieser entpersonalisierten Risikomedizin. Sie kehrt nicht zum leibhaftigen Menschen zurück, sondern vergrößert nur die Anzahl der statistischen Populationen, in die Patienten gesteckt werden können. Mit Hilfe von Biomarkern, also von messbaren, meist molekularbiologischen Merkmalen, konstruiert sie Untergruppen, so genannte Patientenkohorten. Nicht für den Einzelnen, aber für diese Untergruppen lassen sich Erkrankungsrisiken und Therapieerfolge berechnen. Das Risikoprofil, das der Patientin als etwas vermeintlich Persönliches zugewiesen wird, ist ein Konstrukt, das von den statistischen Untergruppen abgeleitet wurde; ein zusammengestelltes Bündel aus standardisierten Merkmalen, die mit Krankheitsereignissen und Gesundheitszuständen statistisch assoziiert sind.

Berechenbarkeit als Voraussetzung für Risikoprävention...

Ob Frau K.s Geburt gut verlaufen, Herr S. Darmkrebs bekommen oder Frau R. eine schwere Depression entwickeln wird, das lässt sich nicht vorausberechnen. Von wenigen Ausnahmen abgesehen lässt sich von keinem Marker, auch von keinem genetischen, das zukünftige Wohlergehen dieser einen Patientin ableiten. Berechenbar sind nur Häufigkeiten in Populationen. Zwischen einer statistisch begründeten Medizin und der einzelnen Patientin liegt daher eine Kluft. Der französische Statistiker Adolphe Quételet warnte bereits im 19. Jahrhundert davor, von statistischen Gesetzen irgendwelche Rückschlüsse auf einzelne Menschen zu ziehen: „Diese Gesetze haben, eben nach der Art ihrer Ermittlung, nichts Individuelles mehr an sich, und deshalb wird man sie nur unter gewissen Einschränkungen auf die Individuen anwenden können. Jede Anwendung, die man auf einen einzelnen Menschen machen wollte, wäre im Wesentlichen falsch, ebenso wie wenn man nach den Sterblichkeitstabellen den Zeitpunkt feststellen wollte, wann eine bestimmte Person sterben müsste“.4 Diese Verwechslung zwischen konkreter Person und statistischem Konstrukt, vor der Quételet warnt, prägt jedoch die heutige Medizin und ist mit der sogenannten prädiktiven, also vorhersagenden Diagnostik auch ein zentraler Bestandteil der „personalisierten Medizin“. Ihr Ziel ist es, anhand von Biomarkern gesunden Menschen Risikoprofile zuzuschreiben, nach denen sie dann ihr Leben und ihren Medizinkonsum ausrichten sollen. Florian Holsboer, Leiter des Münchner Max-Planck-Instituts für Psychiatrie bringt die Vision auf den Punkt: Er hofft, „eines Tages aus einer Reihe von körpereigenen Biomarkern und genetischen Eigenarten ein individuelles Risikoprofil zu errechnen, das schon beim Gesunden verrät, ob er wahrscheinlich später eine Depression entwickelt“.5 Bald wird es also keine gesunden Menschen mehr geben. Mit verschiedenen Risikoprofilen behaftet, fristen wir als „Noch-Nicht-Kranke“ unser Dasein. Diese Form der umfassenden Medikalisierung des Lebens ist besonders wirkmächtig und lukrativ. Die Risikomedizin erklärt es für überholt, ja unvernünftig, sich auf das eigene Gefühl von Gesundheit zu verlassen. Sie macht kerngesunde Bürger davon abhängig, sich von Experten und technischen Apparaten regelmäßig versichern zu lassen, dass sie - wahrscheinlich - „nichts haben“.

...und für Ökonomisierung

Doch nicht nur die voraussagende Risikomedizin, sondern auch der wettbewerbsorientierte Gesundheitsmarkt setzt die Verwandlung von Patienten in berechenbare Datensätze voraus. Seit den 1970er Jahren arbeiten *industrial engineers* und Ökonomen daran, das Krankenhaus in eine wirtschaftlich produzierende Fabrik und das Gesundheitswesen in einen gewinnbringenden Markt zu transformieren. Auch wenn die versprochene Kostensenkung damit nirgends erreicht worden ist - heute ist es selbstverständlich geworden, Krankenhäuser, Diagnosen, Therapien und das Arzt-Patient-Verhältnis in ökonomischen Begriffen zu verstehen und nach ökonomischen Kriterien zu beurteilen. Seit 2003 werden für die Abrechnung in deutschen Krankenhäusern so genannte *Disease Related Groups* (DRGs) gebildet. Das sind Patientenprofile, die konstruiert werden, indem man Klassifizierungen des Physischen und des Fiskalischen vermischt. Gegenstand des ärztlichen Urteils ist heute also ein „physisch-fiskalischer Körper“.6 Ärzte sind gezwungen, bei ihren Diagnosen und Therapieentscheidungen das Monetäre immer mitzudenken - ein Gängelband der Ökonomen, die die Freiheit und damit auch Unberechenbarkeit des ärztlichen Urteils als zentrales Effizienzproblem ausmachten. Insbesondere die *industrial engineers*, die Erfinder der DRGs, sahen die ärztlichen Einzelfallentscheidungen als problematische Abweichungen eines angestrebten Standards. Inzwischen haben Evidenzbasierte Medizin, DRGs und Risikodenken solche Standards durchgesetzt. Sie zwingen Ärzte dazu, den Einzelfall einer statistischen Gruppe zuzuordnen und nach festgelegten Vorgaben zu beurteilen und zu behandeln. Ihre Entscheidungen werden „berechnend“, sie sind sowohl von vorauskalkulierten Risiken gelenkt als auch von vorauskalkulierten Kosten. Dadurch wird es möglich, ein Krankenhaus wie einen modernen Flughafen zu betreiben - das ausdrückliche Ziel, das der 8. Gesundheitswirtschaftskongress Ende August diesen Jahres in Hamburg anstrebt.7 Die Gesundheitsökonomen beklagen in der Ankündigung, das heutige Gesundheitswesen wäre wie ein Flughafen, der von Hand betrieben wird: „Gesundheitsanbieter verzichteten bei der Organisation ihrer Medizinprozesse weitgehend auf einen digitalen Workflow mit schwerwiegenden Folgen für die Wirtschaftlichkeit und die Patientenorientierung“, heißt es in einer Pressemitteilung der Veranstalter.8 Das Gesundheitswesen soll also ein hochtechnisiertes System werden, das Menschen als gesichtslose Patientenpakete automatisiert durch die verschiedenen Konsumangebote schleust.

Die Notwendigkeit alltäglicher Schizophrenie

Ein Gesundheitssystem, das auf statistischer und ökonomischer Berechenbarkeit fußt, verwandelt Menschen in gesichtlose Abstrakta. Diejenigen, die sich als Ärzte, Heilkundige und Pflegende dennoch dem leibhaftigen Menschen zuwenden wollen, geraten dadurch unvermeidlich in paradoxe, ja schizophrene Situationen. Das, was für den Einzelnen gut wäre, entspricht oftmals nicht den kalkulierten Standards von EBM, Prävention und Wirtschaftlichkeitsabwägungen - zum Beispiel die Hebamme, die sich überlegen muss, ob sie sich weiter auf ihren bewährten Dammschutz mit Kräuterwickeln verlassen darf, obwohl der nicht evidenzbasiert ist. Oder die Schwangere, die Beruhigung sucht und von ihrer Gynäkologin pflichtgemäß über Schwangerschaftsrisiken, mögliche Fehlbildungen und vorgeburtliche Testangebote aufgeklärt wird. Und nicht zuletzt die krebskranke Frau, die die Bestrahlung nicht verträgt und dennoch regelrecht zu Tode bestrahlt wird, weil es sonst weniger Geld gibt.9 Eine berechnende Medizin zwingt alle Beteiligten in unmenschliche Situationen. Höchste Zeit, ihre Grundlagen und Ziele kritisch zur Diskussion zu stellen.

- 1Seit 1994 werden „inhumane“ oder „sachlich unangemessene Formulierungen“ von einer Jury aus Sprachwissenschaftlern zum Unwort des Jahres gekürt.
- 2Vgl. David Armstrong (1995): The Rise of Surveillance Medicine, in: Sociology of Health and Illness, 17 (3), S. 393-404.
- 3Vgl. Heinz-Harald Abholz (2010): Public Health, Evidenzbasierte Medizin und Prävention als Bedrohung des Individuums in der Medizin, in: Gerlinger et al., Politik für Gesundheit, Bern, S. 340-351.
- 4Zitiert nach Francois Ewald (1993). Der Vorsorgestaat, Frankfurt a.M., S. 196.
- 5Vgl. Focus 45/2009.

- 6Vgl. Sajay Samuel, Mark W. Dirsmith, Barbara McElroy (2005): Monetized medicine: from the physical to the fiscal, in: Accounting, Organizations and Society 30, S. 249-278.
- 7Siehe www.gesundheitswirtschaftskongress.de.
- 8„Vom Flughafen lernen? Krankenhausorganisation im Handbetrieb“, Pressemitteilung 8. Gesundheitswirtschaftskongress, Hamburg, 29.05.12, im Netz unter: http://kurzlink.de/GID213_i.
- 9Vgl. Zeitmagazin 21/2012.

Informationen zur Veröffentlichung

Erschienen in:
GID Ausgabe 213 vom September 2012
Seite 21 - 23