



Zwischen Luxus und Notwendigkeit

Cecilia Colloseus, Miriam Halstein, Julia Elena Weiss

1 Diagnosis Related Groups: Diagnosebezogene Fallgruppen bezeichnen ein Klassifikationssystem für ein pauschaliertes Abrechnungsverfahren, mit dem Krankenhausaufenthalte (Patienten) anhand von medizinischen Daten, sogenannten Leistungsbezeichnern (Haupt- und Nebendiagnosen, Prozedurenkodes, demographische Variablen) Fallgruppen aufgrund ihrer methodischen Ähnlichkeit zugeordnet werden.

2 Titel des 6. Ethiktags der Universitätsmedizin Mainz, am 21.11.2014: Atemlose Medizin: Von der ethischen Notwendigkeit der Entschleunigung.

3 International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems: Die Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme ist das wichtigste, weltweit anerkannte Diagnoseklassifikationssystem der Medizin. Es wird von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) herausgegeben. Die aktuelle, international gültige Ausgabe ist ICD-10, Version 2013.

„Der Nächste, bitte!“ – Hektik herrscht in den Wartezimmern, auf den Krankenhausstationen, in den Operationssälen. Längst ist der medizinische Alltag nicht mehr nur durch das Wohl der PatientInnen bestimmt, sondern von Effizienz und Auslastung. Das Tempo geben DRGs¹ und Fallpauschalen vor. Die Frustration der PatientInnen im Alltag dieser Stoppuhr-Medizin ist verständlich. Viele leiden unter dem allgegenwärtigen Zeitdruck, denn eigentlich sollen sich ÄrztInnen ja Zeit für uns nehmen, sich mit uns befassen, uns zuhören. Auch und gerade im Zeitalter der Hightech-Medizin, in dem bildgebende Verfahren den ärztlichen Blick abgelöst zu haben scheinen und das PatientInnengespräch oft hinter hoch entwickelten Untersuchungsmethoden zurücktritt, ist menschliche Zuwendung in Diagnose und Therapie essentiell. Doch die Realität ist bislang eine andere. Während der väterlich-aufopferungsvolle Arzt, der am Bett des Patienten wacht, bis die Krise überstanden ist, vielleicht schon immer mehr in Groschenromanen als in der Wirklichkeit vorkam, gehört selbst die Ärztin, die sich Zeit für ein richtiges Anamnesegespräch nimmt, inzwischen der Vergangenheit an. Längst haben auch in den Kliniken die Unternehmensberatungen Einzug gehalten. Ihr Diktat von Zeitmanagement ist mit dem medizinischen und pflegerischen Berufsethos kaum vereinbar. Doch vermeintlich ökonomisch sinnvoll bedeutet nicht immer auch patientenorientiert. Von *atemlose[r] Medizin*² spricht die Medizinethik und sieht einen dringenden Bedarf nach Entschleunigung. Das vordringlichste Problem sind hier die Arbeitsbedingungen, die das Klinikpersonal konstant am Rande der vollständigen Erschöpfung balancieren lässt, immer unter der Gefahr des allgemeinen System-Zusammenbruchs. Eine zu hohe Fallzahl verhindert darüber hinaus einen Beziehungsaufbau und ein sich-Einlassen auf die PatientInnen jenseits ihrer ICD-10³ Diagnoseziffer. Es zwingt die ÄrztInnen, fließbandartig die reinen Diagnosen zu therapieren – möglichst viele Fälle in bitte immer kürzerer Zeit. Dass darunter nicht nur die kollegiale Zusammenarbeit, sondern vor allem die Behandlung der PatientInnen leidet, ist nur die logische Konsequenz.

Forschung an den Grenzen

In dieser Zeitkrise der Medizin bildet das seit April 2014 bestehende DFG-Gra-duiertenkolleg (GRK) *Life Sciences, Life Writing* an der Universität/Univer-sitätsmedizin Mainz einen Gegenentwurf. VertreterInnen aus Lebens- und Geisteswissenschaften sowie zwölf NachwuchswissenschaftlerInnen aus den Fächern Humanmedizin, Pharmazie, Psychologie, Islamwissenschaft/Philosophie, Soziologie, Kulturanthropologie, Amerikanistik und Germanistik befassen sich im Rahmen des Kollegs mit *Grenzerfahrungen menschlichen Lebens zwischen biomedizinischer Erklärung und lebensweltlicher Erfahrung*. Maßgeblich beein-flusst durch die sogenannte narrative Medizin,⁴ stehen hier Krankheits- und Krisennarrative im Mittelpunkt der Forschung. Geschichten, für die im atemlosen Klinikalltag in der Regel kein Raum vorhanden ist, die jedoch oft viel mehr zu Diagnose und Therapie beitragen können als man vielleicht zunächst vermutet. Wie erleben Anorexiepatientinnen ihren Körper? Wie lassen sich Symptome der Posttraumatischen Belastungsstörung erfolgreich behandeln? Welche Rolle spielt Organspende in dystopischen Romanen? Solchen und anderen Fragen widmen sich die einzelnen Projekte. Das Masternarrativ der Biomedizin wird dabei stets kritisch hinterfragt, Gegennarrative werden aufgezeigt. Ziel der Übung ist es nicht nur, den Stellenwert von erzählter Krankheit, Körperlichkeit und Leiblichkeit auszuloten, sondern auch, die „zwei Kulturen“ der Wissenschaft einander anzunähern. Und tatsächlich bleibt das Label „transdisziplinär“ im GRK „Life Sciences, Life Writing“ keineswegs eine leere Worthülse. Schnittstellen zwischen den Lebens- und den Geisteswissenschaften werden immer wieder gesucht und gefunden.

4 z. B. Rita Charon, *Narrative Medicine. Honoring the Stories of Illness*, Oxford 2008.



Masternarrative und die lebensweltliche Dimension medizinischer Herausforderungen

So arbeitet beispielsweise eine Medizinerin mit sozialwissenschaftlichen Metho-den. Sie führt narrative Interviews mit Eltern frühgeborener Kinder, fernab von der in der Medizin sonst üblichen 5-Punkte Likert-Skala⁵ oder Fragebögen mit vorformulierten Antwortoptionen, die sich stets in bestehenden Denkmustern bewegen. Erste Ergebnisse zeigen, dass die Andersartigkeit der Geschichten dieser Eltern die alltagssprachliche Dimension von geteilter Normalität zu sprengen scheinen. Das kann im privaten Umfeld der Betroffenen zu fehlschla-gender Kommunikation und Isolation führen. So ist es zum Beispiel allgemein bekannt, dass Neugeborene klein sind und die erste Zeit mit ihnen anstren-gend ist. Maßstab dafür sind allerdings Kinder mit einem Geburtsgewicht von durchschnittlich 3,5kg. Nächtliches Füttern und Windeln, das Einfinden in die noch unvertraute Elternrolle sind bei solchen reifen Neugeborenen die größten Herausforderungen. Viele der interviewten Eltern erleben deshalb ihre Versuche, ihren Lebensalltag – geprägt durch nächtliche Monitoralar-me und Atemaussetzer ihres 700g-Kindes – mit ihrem privaten Umfeld zu teilen, als frustan. Einige Eltern erfahren auf Grund von wohlmeinenden aber un-informierten Ratschlägen, der Unfähigkeit, Schweres gemeinsam auszuhalten, und sogar offener Diskriminierung ihrer beeinträchtigten Frühgeborenen ihr Umfeld vielmehr als Belastung und nicht als eine in dieser Grenzerfahrung so

5 Nach Rensis Likert (1932) Messverfahren zur persönlichen Ein-stellung der/des ProbandIn, wobei ein Wert bspw. zwischen 1 und 5 (stimme ich vollständig zu, lehne ich vollständig ab) bezüglich einer positiv oder negativ formulierte Aussage gewählt wird.

nötige Unterstützung und Ressource. So lässt sich durch den qualitativen Ansatz des Forschungsprojekts erfassen, dass für Frühgeburtlichkeit ein leitendes Masternarrativ zu fehlen scheint, ein gesellschaftlich verankertes, implizites Wissen, wie „man“ mit Frühgeburt umgehen und sich in einer solchen Situation verhalten soll – ein Masternarrativ also, das sowohl den Eltern, als auch dem Umfeld eine soziale Rolle in dieser Grenzerfahrung anbietet.

Kulturelle Besonderheiten mitdenken und einbeziehen



Wie sehr der medizinische Alltag von kulturellen Selbstverständlichkeiten geprägt ist, wird anhand dieses Beispiels gut sichtbar. Um sich diese alltagsweltliche Betriebsblindheit stets ins Bewusstsein zu rufen, ist auch der Blick über den kulturellen Tellerrand fester Bestandteil der Forschung im GRK. Anregungen für einen alternativen Umgang mit Krankheits- und Krisenerfahrungen werden so zum Beispiel im Austausch mit Chinesischen MedizinerInnen und PharmazeutInnen gesucht. Die Traditionelle Chinesische Medizin (TCM) setzt, anders als die westliche Biomedizin, auf eine ganzheitliche Betrachtung von Körper und Geist. Diagnoseverfahren sind hier sehr viel zeitintensiver und verlangen außerdem Achtsamkeit sowohl von der behandelnden Person als auch von den PatientInnen. Das Erzählen wird hier nicht nur im Sinne einer Sprechhandlung verstanden, sondern der Körper selbst wird gleichsam als Geschichte „gelesen“.

Luxus oder Notwendigkeit?

Ist ein solches Graduiertenkolleg Luxus? Drei Jahre lang die Muße haben, ohne sich – Stipendium sei Dank – zusätzlich um seinen Lebensunterhalt kümmern zu müssen, sich ganz einem Forschungsthema widmen zu können, dabei den interdisziplinären Austausch mit den KollegInnen zu genießen sowie die Anbindung an eine Universität und Universitätsmedizin. Wie kommt es, dass diese Bedingungen, die wenigstens wünschenswert, wenn nicht vielmehr nötig sind für qualitativ hochwertige Arbeit, ein Bild von elitärer Forschungsdekadenz erzeugt? Jeder Versuch, aus dem zeitökonomischen Diktat auszuscheren, wird in der Regel mit einem „Luxus“-Stempel bedacht: „Das ist zwar ganz nett, wenn man sich sowas leisten kann, aber wer kann das schon in Zeiten der knappen Kassen? Überflüssiger, weichgespülter Firlefanz! Man soll sich halt nicht so anstellen, man kam auch vorher gut ohne diesen Luxus aus.“ Diese Verwertbarkeitslogik hat nicht nur – wie eingangs beschrieben – für die medizinische Praxis, sondern auch und gerade für die Wissenschaft fatale Folgen. Es erzeugt ein Klima, das wissenschaftliches Fehlverhalten und unübersichtliche Publikationsstrategien fördert und die Anreize von qualitativ hochwertigem Arbeiten wegnimmt. Unsauber überlegte Studiendesigns verschlingen Millionen, weil Zeit und Muße in der Planungsphase fehlen; die aktuell bestehenden Anreizsysteme belohnen halbgeare Salami-Publikationen und Masse statt Klasse. Um auf diese Verhältnisse aufmerksam zu machen, hat das GRK unter anderem eine Konferenz zum Thema geplant. Am 14. März 2016 werden unter dem Titel *Kosten – Nutzen – Gesundheit? Vom Menschlichen in der Medizin und den Grenzen ökonomischer Vernunft* neue Ansätze diskutiert, den „Luxus“, Zeit zu haben, in der medizinischen Praxis neu zu implementieren. Eingeladen sind

unter anderem der Ökonom Gunter Dueck und Annina Hess-Cabalzar von der *Akademie Menschenmedizin*. Es wird der Frage nachgegangen werden, ob die als elitär und luxuriös eingestuften Forschungsbemühungen des GRKs nicht vielmehr Anregungen zu einer notwendigen Umstrukturierung des Gesundheitswesens liefern können.

Zeit zum Forschen, Zeit für Veränderung

Der Ruf nach Entschleunigung und Innehalten ist in den Projekten des GRK deutlich zu hören. Ob auch die medizinische Praxis in Zukunft wieder mehr Zeit und Raum für die Geschichten der Betroffenen lässt, das Krankenbett wieder als Platz der MedizinerInnen ausweist, kulturelle Besonderheiten einbezieht, bleibt abzuwarten. Dass sich junge MedizinerInnen drei Jahre, statt der üblichen sechs Monate Zeit für ihren Dr. med. nehmen, um in einem transdisziplinären Kolleg PatientInnennarrative zu erforschen, lässt jedenfalls hoffen.

Website des GRK: <http://www.grk.lifesciences-lifewriting.uni-mainz.de/>

Diese Publikation wurde durch das DFG-Graduiertenkolleg 2015 „Life Sciences – Life Writing“ an der Johannes Gutenberg-Universität Mainz unterstützt.

Fotos © Julia Elena Weiss

Empfohlene Zitierweise:

Cecilia Colloseus, Miriam Halstein & Julia Elena Weiss: Zwischen Luxus und Notwendigkeit

In: *Muße. Ein Magazin*, 2. Jhg. 2016, Heft 1, S. 48-51.

DOI: 10.6094/musse-magazin/1.2016.48

URL: <http://mussemagazin.de/?p=1340>

Zum Zitieren nutzen Sie bitte die Seitenzahlen der PDF-Version.