

# Wen behandeln: Gesunde oder Kranke?\*

Reto Krapf

Traditionell war in der Medizin die Richtung des fachlichen Informationsflusses oder des Wissenstransfers bedingt durch das Ausbildungsstadium des Arztes. Während im Studium meist der Wissenstransfer vom Hochschullehrer zum Studenten und angehenden Arzt floss, haben sich die Ärzte bei zunehmendem Wissen und Erfahrung die Information selbst eingeholt. Mit der Ausbildung war auch die Formation des Arztes abgeschlossen. Zunehmende Erfahrung und gezielte Weiterbildung besorgten das weitere.

Die letzten Jahre haben eine dramatische Veränderung dieses Informationsverhaltens gebracht. Es ist nicht mehr primär der Arzt, welcher aufgrund der sich stellenden Probleme nach Informationen sucht, Ratschläge einholt und entsprechend verarbeitet. Vielmehr wird der Arzt selber – aufgefordert oder unaufgefordert – mit Informationen eingedeckt. Der Wissenstransfer hat sich von der Suche nach Information zu einem automatischen oder sich aufdrängenden Liefern von Information («Push-Strategie») verändert. Bis zu einem gewissen Grade ist diese Strategieumkehr aufgrund der Komplexität und der Dynamik in der Medizin gerechtfertigt. Unsere Fort- und Weiterbildung ist auch nichts anderes als Push-Strategie.

Die Push-Strategie hat aber längst diese Leitlinien verlassen. Den Ärzten wird suggeriert, endlich dieses oder jenes neue Medikament zu verschreiben, Screeningteste für jene oder diese Krankheit zu veranlassen. Dies geschieht oft mit einem Unterton des leisen Vorwurfes, der den Arzt offensichtlich schleunigst zum Umdenken und neuen Handeln veranlassen soll. Es wäre falsch anzunehmen, dass es nur direkte und zum Teil vielleicht sogar legitime Interessen der entsprechenden Industrie sind, welche zu dieser Push-Strategie verleiten. Es sind ebenso sehr auch Kollegen und Fachvertreter, welche Morgenröte wittern, wenn auf ihrem Fachgebiet einträgliche Neuerungen anstehen. Wie anders ist es zu erklären, dass eine ziemlich aufdringliche Kampagne zur Akutbehandlung des Hirnschlages inszeniert wird, wenn auch die entsprechenden Daten für den Nutzen einer Thrombolyse noch mehr als dürftig, wenn nicht gar negativ sind? Auch Ständesorganisationen und Behörden benutzen die Push-Strategie, um die Ärzte nicht nur zu informieren, sondern ebenso häufig auch zu instrumentalisieren. Die in verschiedener Hinsicht die Grenzen des guten Geschmacks übersteigenden Inserate des Bundesamtes für Gesundheit sind ein sprechendes Beispiel.

Dieses letztere Beispiel zeigt auch, dass längst nicht mehr der Arzt die Zielscheibe dieser Push-Informationsstrategie ist. Dies ist der Patient nun

selbst. Er wird direkt aufgesucht via Medien, Drogerien oder Apotheken und veranlasst, für seine bewiesene oder vermutete Krankheit beim Arzt jenen diagnostischen Test oder diese, neue therapeutische Modalität zu verlangen. Die Ärzte werden ganz offen als Hindernisse angesehen, die die schnelle Umsetzung von «Neuerungen» verlangsamen. Lästigerweise mögen sie mit den bisher etablierten Methoden gute Erfahrungen gemacht haben und in ihrem Berufsleben auch schon so manche, schnell wieder *ad patres* beförderte Medizinsensation miterlebt haben.

Die Politik der Push-Strategie ist aber schon viel weiter fortgeschritten. Nicht mehr nur der Patient, sondern der gesunde Mensch oder – wenn wir es so ausdrücken wollen – der potentielle Patient ist zur Zielscheibe dieser Strategie geworden. Die Leute werden gefragt, ob sie allenfalls nicht an diesem oder jenem Symptom oder Symptömchen leiden. Es wird ihnen gesagt, dass dies nicht nur vielleicht etwas lästig, nein vielmehr krankhaft und deshalb behandlungsbedürftig sei. Es wird den sich sonst gesund Fühlenden z.B. eingeredet, dass es nicht mehr normal sei, in einer gegebenen Lebenssituation einmal traurig oder niedergeschlagen zu sein. Nein, man ist depressiv und diese Tatsache erfordert eine Abklärung und eine Therapie! Auch der Schmerz, eine höchst protektive Sinnesqualität, welche zu schützenden und nachhaltigen Verhaltensänderungen zwingt, wird unabhängig von seiner Intensität als menschenunwürdig betrachtet. Nachdem die Verjüngung der Frau mittels postmenopausaler Hormonsubstitution wegen Nebenwirkungen und nicht erfüllter Versprechen weitgehend der Vergangenheit angehört, ist nun der alternde Mann im Focus. Ihm soll nicht zum Annehmen eines physiologischen Prozesses geraten werden. Er soll vielmehr mittels Hormonersatz und anderer Medikamente seine Männlichkeit auf postpubertärem Niveau perpetuieren.

Diese Push-Strategie des Wissenstransfers bis hin zu den bisher als gesund betrachteten Individuen hat eine Medizinalisierung bzw. gar eine Pathologisierung unseres normalen Alltagslebens gebracht. Dadurch ist der Begriff, was biologisch und altersgemäss normal ist, nachhaltig in Frage gestellt. Dieser Normalitätsbegriff des Gesunden ist so massiv ins Wanken geraten, dass es ab einem gewissen Alter überhaupt keinen Gesunden mehr zu geben scheint. Diese Entwicklung ist in dem Sinne ungerecht, ja sogar brutal, als dass sie gesunden Menschen unserer Gesellschaft einredet, sie seien nicht mehr normal. Sie ist – ohne jede Übertreibung – eine Bedrohung für eine weise und zufriedene Lebensführung, mithin das Lebensglück allgemein. Sie

\* Dieser Text ist ein Teil des Referates gehalten am 17. Dezember 2004 vor der Medizinischen Gesellschaft Basel. Ich danke Herrn Prof. B. Truniger (Luzern) für die kritische Durchsicht und Verbesserungen des Manuskriptes.

trägt und wird ohne Zweifel beitragen zu einer weiteren Verunsicherung und Unzufriedenheit des einzelnen Menschen. Wir erweisen so unseren Mitmenschen einen wirklich schlechten Dienst. Jeder kann sich die Probleme und entsprechenden Kosten einer weiteren Verunsicherung und Unzufriedenheit anderweitig gesunder Menschen für unsere Gesellschaft lebhaft ausmalen, bzw. er kann sie hier und jetzt beobachten.

Vergessen wir zum Beispiel doch nicht, dass viele Reifungsprozesse im Leben eines Menschen erst über Veränderungen erreicht werden können, welche primär durch unangenehme Lebenssituationen, negative Stimmungen und wenig angenehme Gefühle ausgelöst wurden. Mit Antidepressiva, Anxiolytica, Schlafmitteln kann man auch darüber hinwegkommen, die Situation aber nie und nimmer lösen, somit auch nicht seine Persönlichkeit daran reifen lassen. Die Trauer über den Verlust eines Freundes, zum Beispiel, soll und kann zur Wertbesinnung auf das Leben führen. Gleichzeitig kann man dabei durch das Bewusstwerden der Endlichkeit der Existenz auch die für uns knappe Zeit sinnvoller und kreativer nutzen lernen [1]. Auch das Realisieren der durch den Alterungsprozess auferzwungenen Einschränkungen und Limitierungen

muss nicht nur als Einschränkung der Lebensqualität empfunden werden. Es kann im positiven Sinne auch zum Ausgangspunkt für eine ruhige Gelassenheit und eine aufgeklärte Weisheit werden.

Die Medizinalisierung und Pathologisierung des Alltagslebens ist zum öffentlichen «Gut» und Problem geworden. Folgerichtig hat denn der aus der theologischen Fakultät stammende Rektor der Universität Basel in seiner Rede zum Dies academicus die medizinische Fakultät aufgefordert, sich vermehrt auch diesen Aspekten zu öffnen [2]. Es würde mich durchaus reizen, ihm ein Ordinariat für Wellnessmedizin an dieser Universität vorzuschlagen. Ich bin überzeugt, dass ihm hierfür schon bald die notwendigen Ressourcen problemlos zur Verfügung gestellt würden.

Wollen, können wir uns diesem Trend entgegenstemmen oder lieber auf den fahrenden Zug aufspringen und damit auch an diesem Boom noch teilhaben? Die Frage ist rhetorisch, darum erfordert sie keine Antwort. Sicher ist, dass wir in diesem Lande medizinisch (noch) nichts rationieren und niemandem von medizinischen Errungenschaften ausschliessen müssen, wenn wir die Gesunden gesund lassen und die Kranken gut behandeln würden.

#### Literatur

- 1 Weinrich H. Knappe Zeit. München: C. H. Beck; 2004.
- 2 Gäbler U. Hochschulmedizin wohin? Die Medizinische Fakultät in der Universität. Basler Universitätsreden 102. Heft. Basel: Schwabe; 2004.

# Qui traiter: les bien-portants ou les malades?\*

Reto Krapf

Traditionnellement en médecine, la direction du flux d'informations scientifiques ou du transfert de connaissances était conditionnée par le niveau de formation du médecin. Alors qu'au cours des études le transfert de connaissances va du professeur à l'étudiant et futur médecin, les médecins diplômés ont cherché eux-mêmes l'information en fonction de leurs connaissances et expériences accumulées. La fin de la formation du médecin coïncidait avec celle de son enseignement. L'expérience et la formation postgraduée bien réglée faisaient le reste.

Il y a eu ces dernières années un changement radical de ce flux d'informations. Ce n'est plus le médecin qui recherche des informations en face des problèmes auxquels il se trouve confronté, qui demande des conseils et les utilise comme bon lui semble. Le médecin est maintenant saturé d'informations, qu'il le veuille ou non. Le transfert de connaissances a passé de la recherche d'information à un fournisseur d'informations automatique ou qui s'impose («stratégie push»). Ce renversement de stratégie est justifié jusqu'à un certain point par la complexité et la dynamique en médecine. Notre formation postgraduée et continue n'est-elle aussi rien d'autre qu'une stratégie push?

Mais la stratégie push a depuis longtemps quitté ces directives. Les médecins sont incités à prescrire tel ou tel nouveau médicament, à demander des examens de screening pour telle ou telle maladie. Ce qui se passe souvent avec une certaine réprobation sur le mode ironique, pour que de toute évidence le médecin change le plus rapidement possible sa manière de penser et d'agir. Il serait faux de penser que ce ne sont que des intérêts directs et parfois même légitimes de l'industrie qui sont le moteur de cette stratégie push. Il y a également des collègues et des représentants scientifiques qui sentent un vent favorable dès que des nouveautés lucratives pointent dans leur secteur. Comment expliquer autrement qu'une campagne assez ennuyeuse sur le traitement aigu de l'accident vasculaire cérébral soit mise sur pied alors que les résultats sur le bénéfice de la thrombolyse sont encore plus qu'insuffisants, voire même franchement négatifs? Les sociétés de discipline et les autorités utilisent elles aussi une stratégie pour non seulement informer les médecins, mais tout aussi souvent également pour les instrumentaliser. Les annonces de l'Office fédéral de la santé publique, qui dépassent à plusieurs égards les limites du bon goût, en sont un exemple parlant.

Ce dernier exemple montre également que ce n'est depuis longtemps plus le médecin qui est la

cible de cette stratégie push d'information. C'est maintenant le patient lui-même. Il est directement sollicité par les médias, les drogueries ou les pharmacies incité à exiger de la part de son médecin, pour sa maladie confirmée ou supposée, tel ou tel examen diagnostique ou telle ou telle nouvelle modalité de traitement. Les médecins sont très souvent considérés comme des obstacles retardant la mise en pratique rapide de ces «nouveautés». Ces empêcheurs de tourner en rond ont fait de bonnes expériences avec les méthodes déjà bien établies et ont vécu dans leur carrière professionnelle de nombreuses sensations médicales rapidement envoyées *ad patres*. La politique de la stratégie push va cependant beaucoup plus loin. Ce n'est plus que le patient, mais la personne en bonne santé, ou si nous pouvons le dire ainsi le patient potentiel, qui est devenu la cible de cette stratégie. On demande aux gens s'ils ne présentent pas peut-être tel ou tel symptôme, grand ou petit. On leur dit que cela n'est pas seulement un peu ennuyeux, mais pourrait être pathologique et exiger un traitement. On dit par exemple aux personnes qui se sentent par ailleurs en parfaite santé que ce n'est plus normal de se sentir triste, voir un peu abattu dans telle ou telle situation. Non, on est dépressif et cela exige un diagnostic et un traitement! Même la douleur, perception sensitive hautement protectrice, qui force à changer de comportement à long terme pour se protéger, est considérée comme indigne pour l'être humain quelle que soit son intensité. Alors que le rajeunissement de la femme par substitution hormonale en postménopause a largement été relégué aux oubliettes en raison de ses effets indésirables et de ses promesses non tenues, c'est maintenant l'homme vieillissant qui est visé. On lui conseille de ne plus accepter un processus physiologique. Par substitution hormonale et d'autres médicaments, il doit bien plutôt perpétuer sa virilité du niveau postpubertaire.

La stratégie push du transfert de connaissances pour aller vers des individus jusqu'ici considérés comme étant en parfaite santé a donné une médicalisation, voire une pathologisation de notre existence normale. Ce qui est biologiquement normal en fonction de l'âge est perpétuellement remis en question. Cette notion de normalité du bien-portant est si massivement ébranlée qu'il semble n'y avoir plus aucun bien-portant à partir d'un certain âge. Cette évolution est injuste, et même brutale, lorsque l'on annonce aux personnes en bonne santé de notre société qu'elles ne sont plus normales. Sans exagérer, c'est une menace pour une existence faite de sagesse et de

\* Ce texte est une partie de la conférence donnée le 17 décembre 2004 à la Société Médicale de Bâle. Je remercie le Prof. B. Truniger (Lucerne) de sa revue critique et de ses améliorations du manuscrit.

satisfaction, et même pour la joie de vivre de manière générale. Elle contribue, et va sans aucun doute continuer à faire que l'être humain soit de plus en plus désécurisé et insatisfait. Nous rendons là à nos contemporains un très mauvais service. Chacun peut se faire une idée des problèmes et des coûts pour notre société de la poursuite de la désécurisation et de l'insatisfaction des gens par ailleurs en bonne santé, ou peut les observer ici et maintenant.

N'oublions par exemple pas que de nombreux processus de maturation dans la vie d'un être humain ne peuvent être atteints que par des changements provoqués tout d'abord par des situations désagréables, des humeurs négatives et sentiments peu agréables. Il est possible de passer par-dessus avec des antidépresseurs, anxiolytiques et somnifères, mais jamais de résoudre la situation et donc de laisser mûrir sa personnalité. La tristesse de la perte d'un ami par exemple doit et peut donner un sens des valeurs à la vie. Et en prenant conscience du fait que l'existence a une fin, nous pouvons en même temps apprendre à profiter de manière plus judicieuse et créative de ce laps de temps qui nous est compté [1]. La réalisation des restrictions et limitations inévitables du processus de vieillisse-

ment ne doit pas être ressentie que comme une limitation de la qualité de vie. Dans le sens positif, elle peut même devenir le point de départ d'une tranquillité et d'une sagesse rationnelle.

La médicalisation et la pathologisation de la vie courante sont devenues un «bien» et un problème publics. Fort logiquement, le Recteur de l'Université de Bâle, issu de la Faculté de théologie, dans son discours du Dies academicus a incité la Faculté de médecine à s'ouvrir davantage à ces aspects [2]. Je serais absolument enchanté de lui proposer une chaire de Médecine Wellness. Je suis convaincu que les ressources nécessaires pour ce faire seront mises à sa disposition très bientôt et sans aucun problème.

Voulons-nous, pouvons-nous nous opposer à cette tendance, ou plutôt prendre le train en marche et donc participer nous aussi à ce boom? La question est rhétorique, raison pour laquelle elle n'exige pas de réponse. Ce qui est sûr, c'est que dans ce pays nous ne devons pas (encore) raisonner quoi que ce soit en médecine, ni exclure quoi que ce soit des acquisitions médicales, si nous laissons les bien-portants en bonne santé et traitons bien les malades.

*Traduction Dr G.-A. Berger*

#### Références

- 1 Weinrich H. Knappe Zeit. München: C. H. Beck; 2004.
- 2 Gäbler U. Hochschulmedizin wohin? Die Medizinische Fakultät in der Universität. Basler Universitätsreden 102. Heft. Basel: Schwabe; 2004.