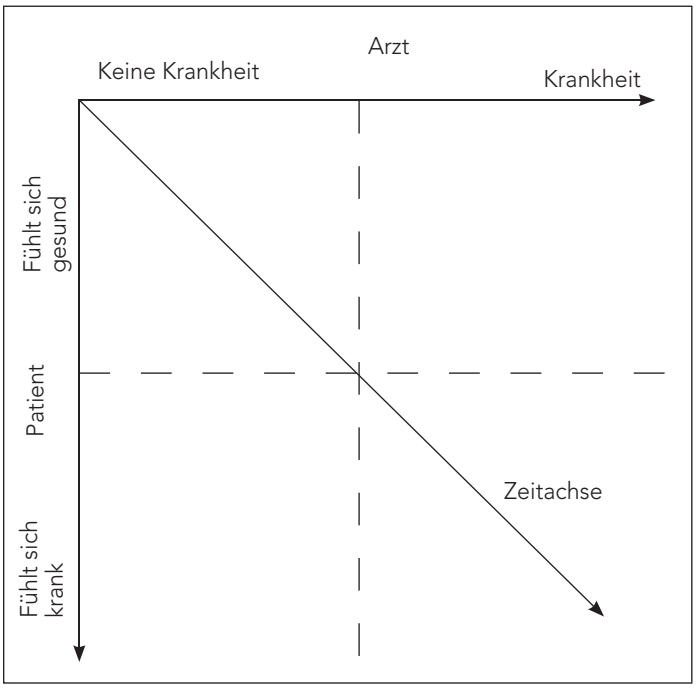
Interview von Julien Nève[1] mit Marc Jamoulle, Hausarzt

Quartäre Prävention, eine explizite Aufgabe für Hausärzte

Im Gesundheitswesen ist allgemein bekannt, dass die Prävention anhand eines chronologischen Modells in Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention unterteilt wird. Aufgrund seiner Erfahrung als Hausarzt hat Marc Jamoulle dieses Modell abgeändert und um eine beziehungsbezogene Dimension erweitert. Indem er seinen Status als Arzt hinterfragte, gelangte er schliesslich zu einer Definition dessen, was man als quartäre Prävention bezeichnen könnte: die Verhinderung unnützer Medizin oder von Übermedikalisierung.

Ich weiss, dass Sie Ihre Rolle als Hausarzt oftmals hinterfragt haben. In welcher Hinsicht?
Meiner Meinung nach ist der zentrale Punkt die Beziehung zum Patienten, die besondere Begegnung zweier Menschen mit unterschiedlichem Wissen, von denen sich einer in der Position des Hilfesuchenden und der andere in der Position des Helfenden befindet. Ich wollte verstehen, warum die Menschen zu mir kommen, warum sie gerade mich als Gesprächspartner für z.T. sehr persönliche Themen wählen. Warum habe ich, nur weil ich mich Arzt nennen darf, allein aufgrund meiner Kenntnisse über den Körper die Berechtigung, mich ins Privatleben meiner Patienten einzumischen? Es ist schon erstaunlich, dass Bereiche wie die psychische Gesundheit oder die Sexualität vollkommen von der Medizin vereinnahmt worden sind. Viele Hausärzte sind zu Psychotherapeuten geworden, ohne dass dies in Frage gestellt würde. Sie massen sich ein Recht auf Einmischung in das Leben anderer Menschen an, ohne sich dabei an einheitliche ethische oder moralische Richtlinien zu halten. In Zukunft wird es nichts mehr geben, was der Medizin entgeht. Von der Geburt bis zum Tod werden Sie nicht mehr ohne Arzt auskommen. Diese medizinische Präsenz im Namen der Gesundheit ist sowohl vom soziologischen als auch vom anthropologischen Standpunkt absurd. Was gibt es Befremdlicheres als eine Konsultation, während der mir jemand gegenübersitzt, der es als legitim erachtet, dass ich ihm sage oder definiere, was normal ist?

Haben Sie aufgrund dieser Überlegungen Ihr beziehungsbezogenes Präventionsmodell erstellt?
Während eines Kurses in Gesundheitsförderung, in dem ich das Modell eines zweidimensionalen kartesischen Koordinatensystems verwendet habe, erlaubte ich mir den Spass, dem Patienten die X- und dem Arzt die Y-Achse zuzuordnen, um so eine Typologie der Beziehungen zwischen den beiden erstellen zu können. Wenn man in die Mitte des Quadrats ein Kreuz zeichnet, erhält man vier verschiedene Situationen der Arzt-Patienten-Beziehung. Die Definitionen der ersten drei Situationen existieren bereits. Man muss nur an das chronologische Modell der Präventionsgrade mit der Unterteilung in Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention denken. Die erste Situation entspricht dem Begriff der Primärprävention: Es ist keine Krankheit vorhanden und da er nichts findet, erzählt der Arzt dem Patienten einen Haufen Geschichten darüber, was er tun soll oder nicht tun darf, was gefährlich ist oder nicht. Die gesamte Gesundheitserziehung kann diesem Quadranten zugeordnet werden. Im zweiten Quadranten sucht der Arzt nach Krankheiten, die der Patient nicht



hat. Sie kommen zum Beispiel zu mir und ich sage Ihnen, dass ich Sie rektal untersuchen möchte, um festzustellen, ob Sie Krebs haben, denn dafür wurde ich schliesslich ausgebildet. Genau das ist die Definition von Screening. Der Arzt «spekuliert» sozusagen auf die Krankheit. Der dritte Quadrant entspricht der Situation, wenn die Patienten tatsächlich krank sind. Der Arzt weiss dies und versucht demzufolge Komplikationen zu verhindern. Das nennt man Tertiärprävention.

Und was ist mit dem vierten Quadranten?
Ja, bleibt noch die Definition des vierten Quadranten, also der Situation, wenn die Patienten zur Konsultation kommen, um künftig von der Medizin abhängig zu sein. Dies ist der Fall des eingebildeten Kranken, wie ihn Molière beschrieben hat. Der Fall von Somatisierungen. Bei Ärzten besteht eine Tendenz dazu, diese Art von Patienten zu erschaffen, worin sie durch das kapitalistische Produktionsmodell unseres Gesundheitssystems bestärkt werden. Es ist kein Geheimnis, dass die Hersteller von Medikamenten oder CT-Geräten diese nicht zum Wohle der Menschheit, sondern aus Profitgier produzieren, auch wenn ihre Produkte exzellent sind. Das Ergebnis: Es kommt zu einer Inflation in Form einer konstanten Überproduktion, mit welcher der vierte Quadrant gefüllt wird. Mit der Entscheidung, bei jedem Fall von Kopfschmerzen ein CT zu verordnen, wird die Angst der Patienten vor dem Tod verstärkt. Aus dieser für den Menschen typischen Symbolfunktion kann viel Profit geschlagen werden, sie führt jedoch auch zu einer Explosion der weltweiten Ausgaben im Gesundheitswesen, der niemand Einhalt gebieten kann.

Und was empfehlen Sie konkret?
Zunächst einmal sollte man sich hinsetzen und nachdenken, denn diese Fragen können nicht anhand von Büchern oder durch Konferenzen, sondern nur Tag für Tag, Konsultation für Konsultation

[1] Übernommen aus einem Beitrag in: Prospective Jeunesse, Nr. 60, p. 7–11. www.prospective-jeunesse.be.

beantwortet werden. Wenn ein Patient mir sagt, dass er einen CT-Scan machen lassen will, nehme ich mir dann die Zeit, seine versteckten Ängste zu ergründen, oder versuche ich, ihn loszuwerden, indem ich ein Stück Papier unterzeichne, ohne mir Gedanken über die finanziellen Kosten, das Strahlenrisiko oder das Wissen zu machen, ob er dadurch noch stärker in die medizinische Maschinerie gerät? Es gibt da kein Patentrezept, es ist eine Frage der Einstellung, man muss in jeder einzelnen Konsultation pragmatische Entscheidungen treffen. Im örtlichen Spital finden zum Beispiel schätzungsweise eine Million Konsultationen jährlich statt. Dies sind eine Million Möglichkeiten, um zu hinterfragen, ob die Medizin das Recht hat, sich in alle Lebensbereiche einzumischen. Aber sind die Beteiligten entsprechend ausgebildet, um über diese Art von Fragen nachzudenken?

Sie sind also dafür, dass die Ärzte besser ausgebildet werden. Aber worin? Können Sie mir ein Beispiel nennen?
Die zukünftigen Ärzte werden in Medizin und nicht im Zuhören unterrichtet. Nehmen wir den Fall der marokkanischen Hausfrau, die nach Belgien expatriiert wurde, um sie mit einem dort geborenen Cousin zu verheiraten. Sie hat gerade ihr erstes Kind bekommen, hört jedoch nicht auf zu weinen, da sie nicht nach Marokko zurückkehren kann, um ihre Familie, vor allem ihre Mutter, wiederzusehen. Ein normaler Arzt würde ihr sagen, dass dies eine Folge des Baby Blues sei. Die meisten Ärzte wissen nämlich nicht, dass in der nordafrikanischen Kultur der Kontakt zwischen Mutter und Tochter zum Zeitpunkt der Niederkunft von grosser Bedeutung ist. Statt der Frau ein Antidepressivum zu verschreiben, damit sie sich besser fühlt, würde es genügen, ihr ein Flugticket zu besorgen, damit sie ihre Mutter 40 Tage lang besuchen kann. So schnell kann man eine postpartale Depression diagnostizieren, ohne wirklich deren Ursache zu hinterfragen. Man entscheidet sich lieber für die Verschreibung eines Medikaments als die Verbindung zwischen der Verzweiflung der jungen Mutter und ihrer kulturellen Entwurzelung herzustellen.

Geht es immer darum, Medikamentenverschreibungen zu verhindern?
Nicht unbedingt. Im Fall einer Patientin mit einer Multimorbidität und zahlreichen Immunproblemen bestand meine Rolle darin, ihr dabei zu helfen, sich im Fachärztedschungel zurechtzufinden. Ich musste die Informationen verwalten und filtern, damit nicht zu viel gemacht wird. Ich habe zum Beispiel festgestellt, dass ihr epileptischer Anfall durch ein neues Medikament verursacht wurde. Hier bestand meine Aufgabe darin, ihr zu sagen, dass sie tatsächlich krank ist, nicht zu Quadrant vier der eingebildeten Kranken, sondern zu Quadrant drei zählt, in dem die Menschen wirklich krank sind. Schliesslich habe ich, entgegen der Meinung der Mitarbeiter der Sozialfürsorge, die ihre Krankheit nicht anerkannt und ihr eine Pensionszulage verweigert haben, dafür gesorgt, dass ihr Recht anerkannt wurde.

Ist es genau diese Einstellung, die den Ärzten Ihrer Meinung nach fehlt?
Die Medizin stellt den Arzt und nicht den Patienten in den Mittelpunkt. Der Grund, warum der Patient in Kontakt mit dem Gesundheitswesen tritt, interessiert niemanden wirklich. Was zählt, ist das Produktionsergebnis des Gesundheitswesens. Die Position des Arztes ist vertikal und dominierend. Er steht mit seinem Patienten nicht horizontal in Beziehung. Der Bitte um Hilfe an sich wird keine Beachtung geschenkt. Natürlich ist dies nicht bei allen Ärzten so. Niemand übt seinen Beruf als Arzt schlecht aus, aber es kommt selten vor, dass Ärzte darüber nachdenken, wie sie ihren Beruf ausüben.

Wenn ich Sie richtig deute, ist die quartäre Prävention als eine Form des Widerstands gegen die Übermedikalisierung zu verstehen?
Gewissermassen. Dennoch ist die Gefahr, jemanden durch Übermedikalisierung vorschnell in Quadrant vier zu stecken, indem man ihn fälschlicherweise glauben macht, dass er krank sei, ebenso gross, wie diesen mit Menschen zu füllen, die dort nicht hingehören, weil sie wirklich krank sind. Ich denke da unter anderem an eine Patientin, die aufgrund des Fehlers eines Radiologen, der eine tatsächlich bestehende Multiple Sklerose nicht diagnostiziert hatte, so weit ging zu glauben, dass der Funktionsverlust ihres Arms psychisch bedingt sei. Da sie dachte, sich ihre Krankheit nur einzubilden, ging sie davon aus, Quadrant vier anzugehören und zunächst einmal psychotherapeutische Hilfe zu benötigen. Meiner Meinung nach könnte Übermedikalisierung durch ein Instrument zur Qualitätskontrolle vermieden werden, das es in Belgien nicht gibt. Die äusserst kostenintensive Kampagne, welche die Ärzte dazu bringen sollte, weniger Antibiotika zu verschreiben, hatte zwar Erfolg, nach zwei Jahren gewannen jedoch die schlechten Gewohnheiten wieder die Oberhand. Warum? Eben weil diese Kampagne das Wichtigste, nämlich den Einfluss der Pharmaunternehmen auf die Ärzte, nicht berücksichtigt hat. Würde man dies tun und die Entsendung von Ärztebesuchern anprangern, weil dadurch die Verschreibungspraxis aufgrund des Anpreisens unnützer, gefährlicher und inadäquater Produkte vollkommen durcheinandergebracht wird, wäre man vor der Pharmaindustrie nicht mehr sicher.

Der beziehungsbezogene Präventionsansatz ist sozusagen eine Umsetzung Ihrer praktischen Tätigkeit.
Ich denke, dass das beziehungsbezogene Präventionsmodell sinnvollerweise das chronologische ablösen sollte. Denn bei Letzterem ist die Prävention auf die Sichtweise des Arztes beschränkt, etwas zu unternehmen, bevor ein bestimmtes Ereignis eintritt. Nach dieser chronologischen Sichtweise wäre die quartäre Prävention mit Palliativpflege gleichzusetzen. Das Neue an meinem Modell ist nicht so sehr eine neue Definition von quartärer Prävention, sondern die Entwicklung einer beziehungsbezogenen, qualitativ hochwertigeren und zudem individuelleren Sichtweise der Prävention. Natürlich interessiere ich mich für das öffentliche Gesundheitswesen, in erster Linie bin ich jedoch ein praktizierender Arzt für Einzelpatienten und Hausarzt. «Was soll ich tun, Herr Doktor?» Das ist die Frage, auf die es mir in erster Linie ankommt. Denn es ist meine Aufgabe, dem Patienten dabei zu helfen, was er tun muss, um zu überleben. Denn schliesslich bleibt die zentrale Frage immer dieselbe. Was muss ich tun, um sozial, politisch, wirtschaftlich und mental zu überleben?

Literatur

- Lebrun J-P. De la maladie médicale. Bruxelles : De Boeck-Wesmael; 1993.
- Moynihan R. Selling sickness: the pharmaceutical industry and disease mongering. BMJ. 2002;324:886.
- Blech J. Les inventeurs de maladies. Actes Sud, mai 2005.
- Gori R, Del Volgo M-J. La Santé totalitaire: Essai sur la médicalisation de l'existence. Paris: Editions Denoël ; 2005.
- Conrad P. The Medicalization of Society. On the Transformation of Human Conditions into Treatable Disorders. Baltimore: The Johns Hopkins University Press; 2007.
- Jamoulle M. Prévention quaternaire. Internet: http://docpatient.net/mj/P4_citations.htm.

Korrespondenz:
Dr. med. Marc Jamoulle
Centre Académique de Médecine générale
Avenue Emanuel Mounier 53
B-1200 Bruxelles
marc_jamoulle[at]runbox.com