

# Die Rolle des Arztes bei der koronaren Herzkrankheit

Klaus-Diethart Hüllemann

Medizinische Klinik St. Irmingard, Prien am Chiemsee

Die Aufgabe des Arztes war niemals nur kurativ oder nur präventiv, sie war und ist immer umfassend.

## Historisch

Die antiken Ärzte waren Ärzte und Philosophen und als solche Berater für die allgemeine Lebensführung. Den Grundgedanken formulierte schon Demokrit 460 v. Chr.: «Die Menschen erbitten sich ihre Gesundheit von den Göttern; dass sie aber selbst Einfluss auf ihre Gesundheit haben, wissen sie nicht.»

Die *Diaita* bedeutete im Altgriechischen die häusliche, rustikale Lebensführung. Das erinnert fast an die ökologische Sehnsucht des aktuellen Zeitgeschehens. Später wurde die *Diaita* die von den Ärzten angeratene, angemessene, harmonische, gesundheitsfördernde Lebensführung.

Und Galen schrieb in *De Sanitate Tuenda*: Der Zweck der Medizin ist die Gesundheit. Aber der Endzweck ist der Besitz dieser Gesundheit. Notwendig ist für die Ärzte daher die Erkenntnis, durch welche Mittel man die geschwundene Gesundheit wiedererlangt, die vorhandene aber schützt [1].

## Definitionen von Gesundheit und Krankheit

Bekannt ist die Definition der Weltgesundheitsorganisation (WHO), die Gesundheit als körperliches, geistiges und soziales Wohlbefinden umfassend definierte. Auf vergleichbarer ethischer Grundlage wurde im Rahmen der Sozialgesetzgebung z. B. das Rehabilitationsgesetz formuliert. Auch in der Approbationsordnung und in den Richtlinien von Standesorganisationen finden sich ähnliche umfassende Definitionen für die ärztliche Aufgabe. Bei der Krankheit tut man sich schwerer. Die umfassendste Definition stammt von dem Heidelberger Psychiater Kurt Schneider, der Krankheit als «Leben unter veränderten Umständen» definiert.

Knapp formuliert, ist Gesundheit ein allgemeines Ziel, Krankheit eine individuelle konkrete Aufgabe.

## Infrastrukturen

Es gibt eine infrastrukturell verankerte, flächendeckende Versorgung für die kurativen Aufgaben und ebenso für die präventiven Aufgaben. Die präventiven Aufgaben, z. B. der Gesundheitsämter, haben bezüglich der Aktualisierung und Attraktivität einen erheblichen Nachholbedarf.

## Literatur

Es gibt eine grosse medizinische Literatur für den kurativen und auch für den präventiven Sektor. Es fehlt eine Beimischung präventiver Ansätze in das

kurative Angebot. Ein erster Versuch, Präventives und Kuratives vermischt darzustellen, wurde vom Autor vorgelegt [2].

## Gebührenordnung

Die ärztliche Beratungsleistung erstreckt sich auf zwei grosse Teilgebiete:

- Prävention und sonstige Hilfen
- Kurative Versorgung

Nach dem einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) der neuen Gebührenordnung BMA-87/E-GO-87 wird der Beratungsleistung durch den Arzt ein höherer Stellenwert zugemessen, abgewertet werden labortechnische Leistungen. Die neue Gebührenordnung ist am 01.10.87 in Kraft getreten.

## Tägliche Praxis

Die Diagnose, die im Dokumentationswesen einen so hohen Stellenwert einnimmt, spielt in der praktischen Medizin eine geringere Rolle: «Die Diagnose ist nicht das, was den Patienten fehlt, sondern die Abrechnungsterminologie mit der Krankenkasse».

Der Arzt ist der von der Öffentlichkeit offiziell bestellte Fachmann für Gesundheit und auch Krankheit. Die berufliche Ausbildung ist unvergleichlich länger als bei allen anderen akademischen Berufen, z. B. braucht ein Kardiologe minimal 9 bis 10 Jahre nach erfolgter Approbation, bis er die letzte Prüfung für das Fachgebiet ablegen kann. An den Arzt werden besondere moralische und ethische Wertmaßstäbe angelegt.

Bei der alltäglichen ärztlichen Arbeit ist kurative und präventive Medizin nicht («künstlich») getrennt. Die Trennung in eine heilende und vorbeugende Medizin ist nur gerechtfertigt, um eine spezifische, wissenschaftlich begründete Weiterentwicklung zu ermöglichen. Die Ergebnisse solcher Forschungen sind in die Praxis zurückzugeben. Das geschieht im zunehmenden Masse. Es scheinen mir menschlich persönliche Unzulänglichkeiten, die bei der Rückkoppelung des präventivmedizinischen Wissens die Haupthinderungsgründe darstellen. Die sachlichen Probleme erscheinen geringer.

Gewandelte Bedingungen gewinnen zunehmend Einfluss auf ärztliche Entscheidungen [3].

## Gesetzgebung

Die §§ 184 und 184a RVO regeln die Versorgung im Krankenhaus oder in einer Spezialeinrichtung (z. B. Kur- und Sanatoriumsaufenthalt). Die Zuweisung von Patienten geschieht aber keineswegs nur nach der

Übereinstimmung von Krankheitsbild und Gesetzestext, sondern auch danach, welcher Kostenträger den institutionalisierten Aufenthalt bezahlen wird. So kommt es vor, dass die identischen medizinischen Krankheitszustände einmal in einer Institution mit der Hauptaufgabe des § 184 («Krankenhausparagraph») betreut werden und ein andermal in einer Institution nach § 184a («Kurparagraph»). Durch die verschiedene Infrastruktur der Institutionen nach § 184 oder 184a ist die Behandlung in wesentlichen Teilen unvergleichbar, was glücklicherweise auf die Grössenordnung der Kosten und die Endergebnisse nicht zutrifft. Der Tagessatz liegt beim Heilverfahren niedriger als beim Krankenhausaufenthalt, aber der Kuraufenthalt dauert länger.

### Markteinflüsse

Eine hohe Wettbewerbsdichte, sei es nun eine hohe Arztdichte oder eine hohe Dichte von spezialisierten Institutionen, erhöht das medizinische Angebot und erweitert die Indikation. Hochspezialisierte Einzelleistungen (z. B. Herzkatheteruntersuchung) sind in den Gebieten hoher Wettbewerbsdichte am teuersten.

Die präventivmedizinischen Aufgaben müssen professioneller angegangen werden.

### Ausbildung

Präventivmedizin muss in die vorgegebenen Strukturen institutionalisiert werden, und es müssen Lehraufträge im gleichen Umfang und mit gleichem Stellenwert angeboten werden wie in den traditionellen Fächern auch. Gewarnt wird vor der Theoretisierung der Präventivmedizin.

Präventivmedizin gehört in die klinischen Fächer, ebenso wie klinische Epidemiologie in den klinischen Unterricht aufgenommen werden muss!

Die präventivmedizinischen Angebote müssen ständig weiterentwickelt werden, und jeder Entwicklungsschritt bedarf der Evaluation. Evaluierbare Angebote sind in die praktische Medizin einzuführen (wie ein neues Medikament).

Bei der koronaren Herzkrankheit bedeutet die ärztliche Aufgabe eine massgeschneiderte Prävention, Kuration und Rehabilitation.

Überspitzt ausgedrückt, darf man die koronare Herzkrankheit nicht nur durch die «Cholesterin-Brille» sehen. Das wäre unärztlich. Bei aller therapeutischen Anstrengung (ob nun erfolgreich oder weniger erfolgreich) bleibt es mindestens gleichgewichtig eine ärztliche Aufgabe, das Leben mit der Krankheit oder auch

das Leben trotz der Krankheit annehmbar und lebenswert zu machen.

Auf der anderen Seite ist es aber nahezu ein Kunstfehler, wenn die bisher vorliegenden gesicherten Beziehungen zwischen Cholesterin und koronarer Herzkrankheit und die damit verbundenen therapeutischen Möglichkeiten nicht genutzt werden.

Die Aufgabe des Arztes bei der koronaren Herzkrankheit verlangt neben der traditionellen naturwissenschaftlichen Medizin ein kompetentes Rüstzeug auf den Gebieten der Sozialmedizin, Epidemiologie und Psychologie als Entscheidungskorrektiv.

### Zusammenfassung

Die ärztliche Aufgabe umfasst seit altersher Prävention und Kuration. Gewandelte Bedingungen wie Gesetzgebung und Markteinflüsse gewinnen zunehmend Einfluss auf ärztliche Entscheidungen. Bei der koronaren Herzkrankheit bedeutet die ärztliche Aufgabe eine massgeschneiderte Prävention, Kuration und Rehabilitation. Deshalb ist die traditionelle naturwissenschaftliche Kardiologie zu erweitern mit dem Fachwissen von Sozialmedizin, Epidemiologie und Psychologie sowie Sportmedizin. Die präventivmedizinischen Aufgaben müssen professioneller angegangen werden. Präventivmedizin und Epidemiologie müssen in den klinischen Fächern gelehrt werden.

### Summary

#### The Physician's Part in Coronary Heart Disease

From ancient time, the physician's responsibility includes both prevention and treatment. Changed conditions, such as legislation and market influences, gain an increasing influence on medical decisions. Regarding the coronary heart disease, medical responsibility means tailored prevention, treatment, and rehabilitation. Therefore, the traditional scientific cardiology has to be extended by special knowledge in social medicine, epidemiology, psychology, and sports medicine. The preventive medical tasks have to be approached more professionally. Preventive medicine and epidemiology have to be incorporated in clinical education.

### Literaturverzeichnis

- [1] Hüllemann K-D: Gesundheitserziehung als Aufgabe des Kassenarztes. *Kassenarzt* 1979; 19: 3-15.
- [2] Hüllemann K-D, Hrsg. Präventivmedizin, Stufendiagnostik, Therapieleitlinien und Beratung. Stuttgart, New York: Thieme, 1982.
- [3] Hüllemann K-D, Hrsg. Wohin steuert die Medizin? Heidelberg, New York: Springer, im Druck.

### Korrespondenzadresse:

Prof. Dr. med. Klaus-Diethart Hüllemann  
Medizinische Klinik St. Irmingard  
Osternacher-Strasse 103  
D-8210 Prien am Chiemsee