

## Möglichkeiten, Chancen und Risiken medialer Medizin-Information

### – Von der Verantwortung der Medien im Gesundheitswesen –

Klaus Gahl (Braunschweig, D)

Das so weite Feld von Medizininformationen in den vielfältigen Medien (Tab. 1) erfordert vom Vortragenden eine Beschränkung auf wenige Aspekte des Themas.

Tab. 1: **Medien der Vermittlung**

- Print: von der Bildzeitung über Illustrierte zum Wissenschaftsteil kritischer Zeitungen; von der Kurzmitteilung bis zum Dossier; von der Skizze über Karikatur zum „realistischen“ oder fiktionalen Bild“ mit mehr oder weniger Text; Gesundheitsberatung von der Vorsorge über Früherkennung bis zur Therapie; Werbung; (s. spez. Gesundheitsmagazine, Apothekerzeitungen etc.)
  - Radio: von der Kurzmitteilung bis zum Sach- oder Problemvortrag;
  - Fernsehen: „Nachricht“, „Kommentar“ mit Lehrfilm, Talkshow, „Gespräch“ mit Beteiligten (Laien, Fachleuten, „Kommentatoren“), Sach- oder Spielfilme; Gesundheitsberatung von der Vorsorge bis zur Therapie; Werbung u. a.;
  - Film: Sach-, Dokumentar-, Spiel-, science-fiction-Film;
- Internet: mit Bild und Text von der Werbung bis zur hochaktuellen, ausführlichen wissenschaftlichen Publikation

Meinen Überlegungen zur Verantwortung der Medien in der Gesundheits- oder – weiter gefasst – der Medizin-Information möchte ich eine Erinnerung an eine TV-Sendung vor vielen Jahren voranstellen. Gezeigt wurde die Gesprächsrunde um ein glückliches Elternpaar eines Säuglings, der unmittelbar nach seiner Geburt wegen einer pränatal diagnostizierten komplexen Herzmissbildung eine Herztransplantation gut überstanden hatte, mit dem Kinderherzchirurgen, einem Intensiv-Neonatalogen, einer Pflegekraft und dem Vertreter der zuständigen Krankenkasse und der Moderatorin. Gefragt wurde nach der Diagnostik während der Schwangerschaft, nach der „Sicherheit“ der festgestellten Missbildung, nach den Überlegungen der Eltern, was sie zu tun gedächten. Geschildert wurde auch die Organisation und die Durchführung der Transplantation und die intensivmedizinische Weiterbehandlung und schließlich auch nach der Kostensicherung der Behandlung, die seitens der Krankenkasse zugesichert wurde.

Kein Wort aber über die psychologische Belastung der Eltern durch das Wissen um das „Fremdherz“ eines gestorbenen Kindes im eigenen Kind, die vielleicht daraus einmal resultierende Belastung des aufwachsenden Kindes, die Trauer der Eltern des gestorbenen, explantierten Kindes;

kein Wort über die moralische oder ethische Dimension des Ansinnens der Eltern an die Ärzte und an das Pflegepersonal, über die Rechtfertigung des moralischen oder sozialen Anspruches auf ein unter solchen Bedingungen heranwachsendes Kind;

kein Wort über die Legitimation eines Anspruches an die Solidargemeinschaft oder an die Gesellschaft;

kein Wort über die ethische Problematik einer Organtransplantation bei einem Neugeborenen.

Und schließlich: Impliziert nicht auch die Organisation einer solchen Operation ethische Probleme? Kann sich der Operateur, können sich die Eltern der unumwundenen Kooperation, der moralischen Zustimmung zu dieser Therapie sicher sein?

Ich habe seinerzeit an den Operateur geschrieben, um ihm und seinem Team zu gratulieren zu der enormen Leistung (ohne jede Ironie), ihm aber zugleich mein Bedauern auszudrücken über die so einseitig unproblematische Darstellung dieser Kasuistik.

Fragen wir uns, was wir aus der TV-Sendung lernen.

- Medizinisches Handeln ist stets komplex, es geht nicht in der isolierten Arzt-Patient-Beziehung auf, sondern betrifft „paramedizinisches Personal“, Institutionen und die Solidargemeinschaft;
- medizin-ethische Probleme sind stets vielschichtig, selten „ohne Rest“, ohne Schulden, ohne „Schuld“ auflösbar: Schulden und Schuld am Kranken, an Angehörigen, für den Arzt;
- ihre Subtilität und Komplexität sind fernseh-medial, d. h. unter dem Diktat der Visualisierung kaum angemessen differenziert zu vermitteln.

Zwar hat die TV-Sendung die Vielschichtigkeit dieser „Kasuistik“ durch die am Gespräch beteiligten Personen z. T. deutlich gemacht, wenigstens für einige Personengruppen. Standen doch die Anwesenden für die große Mannschaft des ärztlichen und pflegenden Personals einschließlich der „Dienstleister“ im Labor, in der Röntgen-Abteilung etc., für die Kostenträger wie für die persönlich betroffenen Eltern des operierten Kindes.

Machen wir uns die Vielschichtigkeit dieser Kasuistik deutlich (Tab. 2). Sie reicht von der im engeren Sinne medizinischen über die psychologische, die organisatorische und ökonomische Dimension bis in den Bereich der Wertgeltung in den Entscheidungen um Schwangerschaft, Anspruch auf gesunde Kinder und Lebenserhaltung um jeden materiellen und immateriellen Preis.

Tab. 2: **Vielschichtigkeit der Problematik**

- ▶ Zuverlässigkeit der pränatalen Ultraschall-Diagnostik;
- ▶ Prognose quoad vitam bei der gestellten Diagnose;
- ▶ Pränatale Willensbildung bei den Eltern, bes. bei der Mutter, im Blick auf das wahrscheinlich nicht spontan lebensfähige Kind, im Blick auf weitere Familienplanung, die nicht ohne Konsens der Eheleute zu treffen ist;
- ▶ das Ansinnen an die „Medizin“:
  - die Bitte um Einverständnis und Bereitschaft der Ärzte, Pflegekräfte der (un-)mittelbar Betreuenden;
  - die „Logistik“ der zu planenden Operation, Intensivmedizin, Pflege, Langzeit-Therapie incl. Immunsuppression;
  - der Erwartung, gar Forderung an die Solidargemeinschaft und an die Gesellschaft.
- ▶ Die Hoffnung auf den „zeitgerechten Tod“ eines Säuglings als Spender; die Reflexion der psychischen Belastung der Eltern, der Mutter des toten, explantierten Kindes;
- ▶ die psychische Belastung für das Kind nach der Transplantation.
- ▶ Die Frage des moralischen, gesellschaftlichen, juristischen Anspruches auf ein (gesundes oder mindestens lebensfähiges) Kind;

- ▶ die moralische, psychologische, soziale und auch die ökonomische Belastung der Betreuenden, der Gesellschaft.

Das hier kurz skizzierte TV-Gespräch stellt **eine** der möglichen Formen medialer Medizin-Information dar:

- das TV-Gespräch mit den an einer Kasuistik beteiligten Personen oder Vertretern der beteiligten Personengruppen;
- die Talkshow oder Diskussion eines gesundheitspolitischen incl. ökonomischen oder eines wissenschaftlichen Problems (z.B. Ressourcenallokation bzw. Stammzellforschung) oder eines schwerpunktmäßig medizin-ethischen Problems (z. B. Sterbehilfe) aus der Sicht nicht unmittelbar oder persönlich betroffener Experten (Sozialökonom, Wissenschaftler, Philosoph o. a.);
- der Einzelvortrag (z. B. „Gedanken zur Zeit“ o. ä.) bis zu 30 oder 60 Minuten;
- das Interview mit einem Experten
- oder die vielen Formen gedruckter Informationen.

Mögliche Aufgaben medialer Medizin-Information sind in der Tab. 3 zusammengestellt; die Tabelle erhebt nicht den Anspruch auf Vollständigkeit, sind doch andere Aufgaben denkbar, z. B. im Lehrbereich, in der Beratung über Telefon etc. Zu beachten ist dabei auch die unterschiedliche Funktion im Versorgungs- bzw. im Forschungsbereich der Medizin.

Tab. 3: **Aufgaben medialer Medizin-Information**

- Sach-Information;
- Aufklärung über die Vielschichtigkeit medizinischer Probleme:
  - auf der medizinischen Sachebene
  - der „logistischen Organisationsebene“
  - der ökonomischen Ebene
  - der juristischen Ebene
  - der sozialen und soziokulturellen Ebene
  - der Wertebene;
- Anstoß zur eigenen Reflexion, Bewusstseinsbildung, Reflexion des anthropologischen Selbstverständnisses;
- Entwicklung analytischer, argumentativer Kompetenz.
- Befähigung zur (beratenen) Urteilsbildung „in eigener Sache“ („partizipative Entscheidungsfindung“, „shared decision making“)

Die Vielfalt der Medien mit ihren so bunten Möglichkeiten der Vermittlung bietet ein weites Spektrum von Chancen (Tab. 4), die jedoch fast durchweg ambivalent zu sehen sind, je nur 1 Seite der wertvollen Medaille zeigen!

Tab. 4: **Chancen medialer Medizin-Information**

- breite (*d. h. auch ungezielte*) Öffentlichkeit;
- über-lokale und über-regionale Information (*ist sie denn erforderlich, wünschenswert, von der „Sache“ und dem Publikum her zu rechtfertigen?*);
- schnelle Vermittlung (*ist sie nicht häufig zu schnell, vorschnell? – wenn auch – wie jüngst die Mitteilung über den Anstieg der HIV-Neuinfektionen in Deutschland – oft dringlich, so auch bei Gefahren von Arzneimittel-Nebenwirkungen, Seuchen etc. – mit der je gebotenen Sachlichkeit*);
- Verdeutlichung der **allgemeinen** Bedeutung;

- Verdeutlichung von „Fortschritt“ und seinen Auswirkungen auf Entscheidungen in Problemfeldern (s. im Bereich der Reproduktionsmedizin die Fortschritte der In-vitro-Fertilisation oder des Klonens);
- mögliche Komplexitätsvermittlung;
- sach- und kontext-bezogene Wissensvermittlung;
- Förderung von Problembewusstsein für die persönliche, individuelle und soziale Dimension;
- Einflussnahme auf das Gesundheitsverhalten:

Beides – Aufgaben und Chancen medialer Medizin-Information implizieren bei genauerer Betrachtung auch Ambivalenzen, ja auch

Tab. 5: **Gefahren medialer Medizin-Information**

- Rezipienten<sup>1</sup>-Selektion durch Gestaltung, Sendezeit und –dauer bzw. Umfang und Aufmachung in den Print-Medien etc.;
- Medien-angepasste Selektion der Information;
- Medien-angepasste „Präparation“ oder Konstruktion in den Zeitrahmen der Information;
- trotz sprachlicher Vereinfachung mangelnde Verständlichkeit;
- Komplexitätsreduktion der Vielfalt (*es werden nicht alle Problembereiche angesprochen*) und der „Tiefe“ der Problematik (*die Problematik wird nicht ausgelotet*); *beides zeigt sich in der skizzierten TV-Sendung: die zu erwartende psychologische Problematik für das Kind, die Belastung für die Mutter des gestorbenen Kindes u. v. a.; die ethische Dimension wurde überhaupt nicht thematisiert!*);
- Isolierung aus dem „Kontext“ (z. B.: *die Diskussion über Stammzellforschung wird als rechtliches Problem gesehen im europäisch-internationalen Vergleich aber aus dem Zusammenhang der Reproduktionsmedizin, der Behandlung ungewollter oder enttäuschter Kinderlosigkeit, der IVF und des möglichen Embryo-Transfers und des „Umganges“ mit überzähligen Embryonen herausgelöst*), Isolierung aus der Situation, der Entwicklung u. a.;
- Emotionalisierung, Polarisierung, Solidarisierung i. S. von „Parteien“ (z. B. *durch einseitige Problemakzentuierung; z. B. der Sterbehilfe-Praxis in Holland und den „Dammbruch“ zur Tötung auf Verlangen ohne Darstellung der geforderten Regularien; Visualisierung der Intensivmedizin durch Bilder von „monitorisierten und apparativ versorgten Kranken mit der Unterschrift „Sterben in der Klinik“ oder „humanes Sterben“ etc.*);
- Ambivalenzreduktion;
- „Zwang“ zur Visualisierung des Nicht-Sichtbaren (personale Werte, Verantwortung, Würde, Glaube, Schuld u. a.);
- Medikalisierung normaler Lebenserfahrungen (Müdigkeit, Erschöpfung, Unruhe, Altern, nachlassende Libido u. v. a.);

Was ist mit „Medikalisierung“ gemeint? Indem alltägliche, normale wechselnde Befindlichkeiten wie Müdigkeit und Erschöpfung als Folge von Vitamin- oder Spurenelement-Mangelzuständen (Zink, Selen Calcium u. a.) erklärt werden, wird ihnen ein (vermeintlich) krankmachender Befund unterstellt, der mit einem medizinischen Begriff belegt und dem medikamentös abzuhelfen ist (NB deskriptiv und normativ!). Die normale Alterung, die einer Reduktion, einem Abbau (mit der negativen Konnotation!) von physiologischen Organ- oder Gewebsleistungen bzw. deren Bedingungen entspricht, könne und müsse dann auch durch medizinische Maßnahmen („Anti-Aging-Medikamente“ i. w. S.) aufgehalten

<sup>1</sup> Als Rezipienten werden hier alle Nutzer der Medien zusammengefasst: ob als Leser, Hörer, Betrachter oder „Surfer“ im Internet – sie alle rezipieren mediale Medizin-Informationen.

oder gar rückgängig gemacht werden. Hier wird das Faktische normativ gesehen, aus einem „So-Sein“ ein „So-Sein-Sollen“ oder „Nicht-So-Sein-Sollen“ abgeleitet, zumal es ja leicht (medikamentös) verbessert werden kann.

Man beachte: Schon die Beschreibung und Namengebung eines solchen Zustandes bedeutet oft den Schritt zur Medikalisierung. Als Beispiele seien hier genannt:

„**Aging male syndrome**“: Menopause des Mannes mit Stimmungsschwankungen, Schlafstörungen u. a. allgemeinen Befindlichkeitsstörungen durch den physiologischen Testosteron-Spiegelabfall mit dem ca. 40. Lebensjahr. (Medikament: Testosteron-Pflaster Dihydroepiandrosteron DHEA zur Libido-Steigerung); Viagra<sup>®</sup> u. a.

**Syndrom der Nachtschicht-Schlafstörung**

**Chronic fatigue syndrome, Syndrom der chronischen Müdigkeit**

„**Leisure sickness syndrome**“ = pathologische Unfähigkeit zum Müßiggang

**Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitäts-Syndrom ADHS:** der Zappelphilipp, das unruhige Kind bekommt Methylphenidat = Ritalin statt Erziehung, Psychotherapie, Familientherapie)

Es ist verständlich, dass mit solcher Medikalisierung sich auch unser Verständnis von Gesundheit und Krankheit, ja auch unser individuelles und gesellschaftliches Menschenbild ändert. Gesundheit wird zu einem Sozialanspruch, nachlassendes Wohlbefinden zu einer Krankheit, die als Defekt zu beheben ist. Die zur Natürlichkeit des Menschen gehörende Anfälligkeit für Krankheit, die mit der biologischen und mentalen Entwicklung verbundene Involution werden verdrängt. Hier sehe ich eine Gefahr (nicht allein durch die Gesundheits- oder Medizininformation in den Medien bedingt!) eines allgemeinen multi-kulturellen Wertewandels in unserer Gesellschaft. Indem aber die Medien eine virtuelle Wirklichkeit (sie können es mindestens)schaffen, die unser Selbstverständnis als Menschen individuell und kollektiv prägt und wirkliche und mögliche Träume von Gesundheit und Leidensfreiheit, von Kontingenzüberwindung oder –beseitigung begünstigt, tragen die Medien erheblich zu diesem Prozess bei.

Wenn aber doch so wesentliche Gefahren in der medialen Medizininformation liegen, liegt die Frage nahe, was wohl der Hintergrund des Bedürfnisses nach solcher Information ist. Sicher liegt das Interesse auf allen drei Ebenen unserer menschlichen Existenz: der kognitiv-rationalen, der emotionalen und der existentiellen Ebene.

Neben dem rationalen Interesse an Sachinformation, an Wissens- und Verstehenserweiterung, eventuell auch an einer „anderen Meinung“, einer „second opinion“ für die vielleicht besser begründbare gemeinsame Entscheidungsfindung („shared decision making“) im eigenen Krankheitsfall oder bei der Erkrankung eines Angehörigen ist es oft die psychologische Verunsicherung durch das Kranksein, die gefürchtete Krankheit, Gefährdung, Bedrohung, die Labilität der Gesundheit, der Verlust an „Selbstverständlichkeit“ leiblicher Existenz. Wir fühlen uns vielleicht bedroht von äußeren oder inneren Unwägbarkeiten (Involutionenprozessen, Alter, Verlust von Lebensfrische und Attraktivität – hier hat auch die Empfänglichkeit für die Medikalisierung alltäglichen „natürlichen“ Lebens ihren Hintergrund; dass sie zudem starke ökonomische Motive hat, dürfte klar geworden sein).

Arztromane – warum sind sie so beliebt? – vermitteln etwas von der (vermeintlichen) Allmacht der Medizin, von der möglichen Geborgenheit im Krankenhaus mit seiner besonderen Atmosphäre und Sozialstruktur, auch möglicherweise ein Vertrauen in die zuverlässige Interaktion der Berufsgruppen.

Das existenzielle Interesse gilt der Minderung der Kontingenzerfahrung, der Hoffnung auf Überwindung von Unsicherheit und Daseinsbedrohung durch die immer bessere Medizin.

Angesichts der skizzierten Gefahren ist ein hohes Maß von Verantwortungsbewusstsein zu fordern – sowohl bei den Vertretern der Medien (Journalisten, Tele-Gesprächsteilnehmer etc.) als auch bei den Nutzern medialer Information.

Tab. 6: **Verantwortung medialer Medizin-Information**

► Im Blick auf den Rezipienten der Information (vor allem als Kranker):

- Welchen Gewinn bringt ihm die Information?
- Welche Konsequenzen kann er daraus ziehen?
  - Erwartungen, Hoffnungen, juristische und moralische Ansprüche
  - „Rückblenden“ mit Vorwürfen, Klagen, Anklagen
- ▶ Im Blick auf die Gesellschaft:
  - soziokulturelle Bedeutung: Wertewandel, Veränderung des Verständnisses von Krankheit, Behinderung, Invalidisierung, Sterben und Tod; Einstellung zu Sterbehilfe, Selbstbestimmung etc.
  - ökonomische Belastung
- ▶ Im Blick auf die Medizin als Versorgungsinstitution und als Forschungsbereich
- ▶ Im Blick auf den Arzt/die Ärztin, die Medizinalberufe und auf die Arzt-Patient- Beziehung.

Im Blick auf den Rezipienten, besonders den Kranken, ist zu bedenken, ob und in welchem Umfang er vielleicht ein besseres Verständnis eigener Beschwerden, Befunde oder Krankheit gewinnen kann und damit auch zu einer Verhaltensänderung zwecks Vorbeugung kommt mit größerer Aufmerksamkeit für die Früherkennung von Krankheitszeichen. Eine angemessene Wissenserweiterung muss sich auf eine sachliche und korrekte Information stützen können. Sie sollte nicht unerfüllbare Erwartungen einer „Mängelbeseitigung“ oder „Defektreparatur“ durch die Medizin oder den Arzt wachrufen und illusorische Hoffnungen auf die Heilbarkeit jeder Krankheit wecken.

Medizininformation über die Medien sollte somit medizinische, ökonomische, soziale und moralische Ansprüche in den Rahmen ihrer individuellen und gesellschaftlichen Vertretbarkeit und Rechtfertigungsfähigkeit rücken.

Im Blick auf die Gesellschaft ist auch auf die Begrenztheiten der Finanzierbarkeit im Gesundheitswesen, auf die Mittelverteilung (Ressourcen-Allokation), auf sozialpolitisch vertretbare und im Sinne des Gemeinwohls gesetzte Schwerpunkte der Gesundheitsversorgung (z. B. Rehabilitation gegenüber Prävention) und der medizinischen Forschung hinzuweisen oder auf die Vorbehalte gegenüber manchen Bereichen nicht gesicherter medizinischer Maßnahmen in Diagnostik oder Therapie.

Nicht von der Hand zu weisen ist eine in der Bevölkerung zu beobachtende Tendenz zur Verantwortungsverlagerung aus dem individuellen in den „öffentlichen“ Bereich staatlicher oder versicherungsrechtlicher Versorgung, auch ein Wertewandel in den Einstellungen zu Solidarität, „Gemeinsinn“, zu „den Alten“, die selbstverständlich von der solidarischen und subsidiären Finanzierung des Gesundheitswesens getragen werden müssen.

Schließlich ist auch im Blick auf den Arzt oder die Ärztin zu bedenken, dass der medial informierte Patient, der sich über das Internet bestens aufklären kann, der „Infonaut“, für den Arzt auch eine mehrfache Herausforderung im Zeitaufwand für den Patienten, in der Weiterbildung, in der Nutzung gleicher Informationsquellen etc. bedeutet. Hier zeigt sich auch eine „Kehrseite“ des „Patienten-Empowerment“ auch in der gemeinsamen Entscheidungsfindung in Diagnostik und Therapie. Die Verminderung des Wissensgefälles zwischen dem „Kunden“ und dem „Anbieter“ ändert auch das Selbstverständnis der beiden Partner in dieser Beziehung, u. U. auch mit einem wechselseitigen Vertrauensverlust und der Verantwortungsverlagerung.

Worin zeigt sich dann das Verantwortungsbewusstsein medialer Information (Tab. 7)?

Tab. 7: **Verantwortlichkeit medialer Gesundheitsinformation**

- Richtigkeit und Zuverlässigkeit der Information;
- Verständlichkeit unter Beachtung des potentiellen Publikums: in Sprache, Vorstellbarkeit, gebotener Ausführlichkeit etc.;
- Angemessenheit gegenüber Rezipienten, Arzt, Gesellschaft und dem „Gegenstand“ der Information incl. mögl. Problematik und Komplexität;

- Thematisierung der Konsequenzen der Information für die unmittelbar und die potentiell Betroffenen (z. B. Transplantat-Empfänger), für die Gesellschaft und die Solidargemeinschaft;
- Bestmögliche Vermeidung von Manipulation der Information und der Rezipienten;
- Berücksichtigung möglicher Vorbehalte;
- Reflexion der „Bildungsfunktion“ der Medien für den Einzelnen wie für die Gesellschaft.

Selbstverständlich sind über die Medieninformation hinaus ergänzende Möglichkeiten von „Gesundheitserziehung“ i. w. S. wahrzunehmen (Tab. 8).

Tab. 8:

#### **Möglichkeiten der Gesundheitserziehung**

- Erziehung i. w. S. in Familie, Kindergarten, Schule, Ausbildung etc.;
- Lehrerbildung;
- Erwachsenen-Bildung in VHS, Betroffenen-Gruppen, Vereinen etc.;
- Gesprächs- und Diskussionsveranstaltungen mit „Impuls-Vorträgen“ mit Sachverständigen;
- Aufklärung über Strukturen im „Medizinalwesen“: z. B. ambulante oder stationäre Versorgung, solidarische und subsidiäre Finanzierung, Kranken- und Sozialversicherung, Berentung, Sach-, Personal-, Arznei- und Investitionskosten etc..

#### **Zusammenfassung:**

Möglichkeiten, Chancen und Risiken der breiten öffentlichen Information über Medizin als Versorgungs- und als Forschungsbereich wurden eingangs durch eine Analyse einer TV-Sendung skizziert. Die Komplexität der dargestellten Kasuistik (1.) machte zugleich deutlich, inwiefern Information mittels Printmedien, Rundfunk, Fernsehen und Internet problematisch ist (2.) Drittens habe ich versucht, mögliche positive und negative Konsequenzen der Information über die jedem und jederzeit zur Verfügung stehenden Medien mit ihren möglichen Auswirkungen auf individuelle und soziokulturelle Erwartungen, Werthaltungen und ökonomische Einstellungen aufzuzeigen.

Die Komplexität erfordert wegen der Sensibilität und der Brisanz des uns alle betreffenden „Kulturbereiches Medizin“ ein hohes Maß an Verantwortungsbewusstsein für die Vermittler und die Rezipienten.

Ich schließe im Sinne des Programms: „Gesagt ist nicht gehört, gehört ist nicht verstanden, verstanden ist nicht verinnerlicht, verinnerlicht ist nicht in Handlung umgesetzt.“