

Wilfried Deiß

März 1994

## NEBENWIRKUNGEN VON GELD UND RECHT IM GESUNDHEITSWESEN

Der weise ärztliche Grundsatz "Vor allem nicht schaden" (Primum Nil Nocere) ist weitgehend in Vergessenheit geraten. Das hängt mit noch näher zu beschreibenden ungünstigen Einflüssen auf ein wesentliches Merkmal des ärztlichen Handelns zusammen, nämlich auf das *patientenorientierte Abwägen* von Nutzen und Schaden diagnostischer und therapeutischer Maßnahmen. Diese **ÄRZTLICHE KUNST DES ABWÄGENS** ist krank.

### Tun und Lassen:

Das Abwägen ist ein Prozess, der entweder zum sinnvollen und begründeten TUN oder zum sinnvollen und begründeten LASSEN von Maßnahmen führt.

Nicht nur Insidern des Gesundheitswesens fällt eine deutliche und zunehmende Tendenz zum TUN auf. Es scheint fast so, dass in nahezu allen Zweifelsfällen die ärztliche Entscheidung zum TUN tendiert. Zusätzliche Untersuchungen, die nur sehr fraglich neue, praktisch verwertbare Erkenntnisse bringen können, andererseits aber zum Teil erhebliche potentielle Nebenwirkungen haben, werden im Zweifelsfalle GEMACHT. Erneute Röntgenbilder werden trotz der Strahlenbelastung im Zweifelsfall GEMACHT. Ergänzende Medikamente mit nur fraglicher Wirksamkeit aber dennoch vorhandenen unerwünschten Effekten, werden tendenziell GEGEBEN. Ärztinnen und Ärzte wissen nur zu gut, dass sie ein *Risiko* eingehen, wenn sie eine mögliche Maßnahme aus guten Gründen unterlassen würden. Tatsächlich braucht man zum "blinden Aktionismus" viel weniger MUT als zum begründeten und sinnvollen Unterlassen von Maßnahmen. Dr. Stephan Heinrich Nolte beschreibt das im Deutschen Ärzteblatt so: "Resignation und Defensivmedizin sind die Folge: Alles machen, um den Vorwurf, nicht alles gemacht zu haben, schon im Keime zu ersticken. Defensivmedizin heißt, sicherheitshalber und um nichts zu versäumen, vor allem um sich gegen gerichtliche Vorwürfe zu feien, 'alles' zu machen und das persönliche Gewissen dabei auszuschalten." <sup>1</sup> Zum selben Thema schreibt Fritz Hartmann: "Da der Kranke den Arzt aufsucht, weil er sich krank fühlt, gehen beide unbedacht von dem Ziel aus, am Ende des Gesprächs und der Untersuchung müsse eine Krankheit festgestellt und benannt sein. Nichts scheint für den Arzt und für sein Gegenüber, den Kranken, schwerer zu sein, als zu sagen, zu

---

<sup>1</sup> Nolte, St. H.: Idiopathische Medizin, Emphatische Begleitung und Beratung statt therapeutischen Aktionismus, in: Deutsches Ärzteblatt 40/1993, S. B-1952

hören und anzunehmen: eine Krankheit liegt nicht vor. Oder sich auf offenlassendes Abwarten zu verständigen, wobei beiden die Aufgabe gestellt wird, das Geschehen sorgfältig zu beobachten." <sup>2</sup>

Doch was ist von einem scheinbar verantwortungsvollen und ausgewogenen Abwägungsprozess zu halten, dessen Ergebnis immer in die selbe Richtung tendiert? Und vor allem: Was sind die Antriebskräfte, die einen Abwägungsvorgang regelmäßig in eine Richtung kippen lassen, und dadurch das, was man Abwägung nennt, zur Farce machen?

In diesem Zusammenhang gilt es, mit einem weit verbreiteten und wenig reflektierten Vorurteil aufzuräumen, nämlich, dass MEHR TUN und mehr Aufwand automatisch die bessere Medizin bedeute.

In der aktuellen Diskussion um die Gesundheitsreform wird vor allem von der Ärzteschaft stillschweigend vorausgesetzt: Weniger medizinische Maßnahmen bedeute schlechtere Versorgung und weniger Gesundheit. Aber kann denn beispielsweise ein Privatpatient tatsächlich davon ausgehen, dass MEHR TUN tatsächlich den Zielen Mehr Gesundheit, Weniger Leiden, Mehr Lebensqualität dienlich ist? Ich möchte Bewußtsein dafür schaffen, dass in weiten Teilen das Gegenteil der Fall ist, denn:

Die ausgeprägte und anhaltende Tendenz zum TUN anstatt zum ausgewogenen und begründeten LASSEN hat für Patienten UND GESUNDE MENSCHEN erhebliche Nachteile und Schaden zur Folge.

Gehen wir zunächst auf die Hintergründe ein, die das TUN so in den Vordergrund gerückt haben: In der anerkannten Fachzeitschrift DER INTERNIST erschien kürzlich eine Zusammenfassung vom Wiesbadener Internistenkongreß 1993.

Dort findet sich zur Fragestellung "Was bestimmt unser ärztliches Handeln?" eine Sammlung unterschiedlicher Einwirkfaktoren auf ärztliche Entscheidungen.<sup>3</sup> Die Faktoren GELD und RECHT kommen nicht vor.

Dabei ist es ein offenes Geheimnis, dass Fragen von Geld und Recht sich zunehmend auf medizinische Entscheidungsprozesse auswirken.

Mehr noch: *Es ist offensichtlich, dass Geld und Recht zu mächtigen Störfaktoren der ärztlichen Kunst des Abwägens geworden sind.*

Tendenziell führen beide Faktoren nämlich dazu, MEHR ZU TUN:

---

2 Hartmann, F.: Selbstverantwortliches Gesundsein, in: Was macht den Menschen krank?, Verlag Birkhäuser Berlin 1991, S. 12

3 Stiefelhagen, P.: Praktisches Handeln aus wissenschaftlicher Erkenntnis, in: DER INTERNIST 9/1993, S.871

### Der Einfluß des Geldsystems:

Einleitend ein Zitat aus dem Lancet: "Mit den neunziger Jahren ist die Umgangssprache im Gesundheitswesen die Sprache der Geschäftswelt geworden. Dort bedeutet Erfolg, die Wünsche der Kunden zufriedenzustellen. Da 96% der von uns befragten Personen als Patienten bezeichnet werden wollten, sollte das auch von allen, die im Gesundheitsdienst tätig sind, respektiert werden."<sup>4</sup> In der Allgemeinbevölkerung ist kaum bekannt, in welchem ausgeprägtem Maße wirtschaftliche Zwänge alltägliches medizinisches Handeln beeinflussen: "Als Schwachpunkt .....das Vergütungssystem, wonach man, um wirtschaftlich arbeiten zu können, praktisch mit der Stoppuhr neben dem Operationstisch stehen müsse, eine Art Leistungsdenken, welches den Patienten zu leicht zu einem betriebswirtschaftlichen Objekt degradiere."<sup>5</sup> Und im Deutschen Ärzteblatt fand man 1993 folgendes Studienergebnis: "Patienten, die primär in ein Krankenhaus mit Herzkatheterlabor eingewiesen wurden, wurden etwa dreimal häufiger koronarangiographiert als Patienten, die zu dieser Untersuchung erst in ein anderes Krankenhaus verlegt werden mussten. Eine signifikante Auswirkung auf die Krankenhausletalität ließ sich jedoch in der Studie nicht feststellen."<sup>6</sup>

Was die Vergütung anbelangt, gibt es in unserem Gesundheitswesen einen folgenschweren Systemfehler:

Es ist paradox, und nachfolgende Generationen werden sich möglicherweise die Haare raufen: Die Vergütung ärztlicher Tätigkeit ist derzeit so geregelt, dass einseitig Krankheit belohnt wird, nicht aber Gesundheit.

Qualitativ wertvolles ärztliches Wirken wird nicht nur nicht belohnt, sondern sogar bestraft. Demgegenüber wird übertriebener Aufwand und schlechte Strukturierung der ärztlichen Maßnahmen finanziell belohnt. Um es bewußt krass auszudrücken: Wenn Sie als Arzt zum Großverdiener werden wollen, benötigen Sie folgende Fähigkeiten: Eine Portion Gewissenlosigkeit, die es Ihnen ermöglicht, sich die Patienten immer ein bißchen krank zu halten. Dabei genügt es, wenn der Patient *glaubt*, er sei krank. Besonders erfolgreich werden Sie sein, wenn Sie dabei ein freundliches, überzeugendes Auftreten zu bieten haben, ergänzt durch die Fähigkeit, den Patienten niemals die Hoffnung zu nehmen.

---

4 Verbraucher, Kunde, Klient oder Patient?, Übersichtsartikel in: THE LANCET Deutsche Ausgabe 1/1991

5 Patienten werden leicht zum wirtschaftlichen Objekt, in: Westfälisches Ärzteblatt 8/1993, Rubrik Pressestimmen, zitiert aus: Die Glocke, 2.7.93

6 acc: Herzinfarkt und Herzkatheter - Unterschiede von Haus zu Haus, in: Deutsches Ärzteblatt 51/52 /1993, S.B-2541

Stellen Sie sich bitte nun als Kontrast einen patientenorientierten, gewissenhaften und ehrlichen Arzt vor:

Dieser Arzt sorgt dafür, dass seine Patienten ohne viel Aufwand wieder gesund werden. Er erspart seinen Patienten unnötige Apparate, aufwendige Untersuchungen, unnötige Facharztvorstellungen, unnötige Pillen. Er betreibt seine Diagnostik und Therapie zielstrebig und überlegt und mit geringstmöglichem Aufwand für den Patienten. Er macht aus Symptomen, die Mücken sind, keine Elefanten. Er stärkt die Autonomie und die Eigenverantwortung des Patienten. Er sorgt dafür, dass seine Patienten mit Kleinigkeiten selbst zurechtkommen. Seinen chronisch Kranken Patienten hilft er, das Unabänderliche zu akzeptieren und den Umgang damit zu erlernen, anstatt falsche Versprechungen zu machen. Mit Todkranken redet er offen und vertrauensvoll, ist Begleiter anstatt falscher Heilsversprecher.

Die Gesunden, die zu ihm kommen, leitet er partnerschaftlich zum Gesundbleiben an. Befindlichkeitsstörungen erforscht er mit Gespräch, Geduld und Vertrauen, anstatt sie mit Beruhigungspillen zu verdecken. Insgesamt agiert er so, dass ihn seine Patienten möglichst wenig brauchen. Abgesehen davon, dass es diesen idealen Arzt nie geben wird: Er hätte auf dem ärztlichen, freiberuflichen Arbeitsmarkt kaum eine Chance, zumindest würde er niemals VIEL verdienen.

An diesen, bewußt auf die Spitze getriebenen Beispielen wird die Hauptkritik an der aktuellen Beziehung zwischen Geld und Gesundheitswesen deutlich:

Krankheit wird einseitig belohnt, Engagement für Vorbeugung, Gesundheit und Gesunderhaltung wird nicht gefördert, und ein qualitativ wertvoll und patientenorientiert agierender Arzt ist gerade durch diese Fähigkeiten existentiell bedroht. Wer überleben will, muss TUN, was honoriert wird.

#### Der Einfluß des Rechtssystems:

"Fachleute gehen davon aus, dass die Rechtsprechung einen erheblichen Einfluß auf die Gesundheitskosten hat." <sup>7</sup>

Gängigerweise ist es so, dass positive wie negative Entwicklungen der Vereinigten Staaten von Amerika im Abstand von 5 - 10 Jahren bei uns nachvollzogen werden.

Schon heute sieht es so aus, dass kaum noch Haftpflichtversicherer Gynäkologen aufnehmen wollen, und zwar wegen der horrenden und tendenziell steigenden Schadensersatzforderungen.

Um Mißverständnisse vorwegzunehmen: Keinesfalls will ich einer Schmälerung der Patientenrechte das Wort reden. Ärztliches Fehlverhalten muss angemessen bestraft werden, wie

---

<sup>7</sup> Schwing, C.: Wird der Schädel zu häufig geröntgt?, in: Deutsches Ärzteblatt 45/1993, S. B-2188

jedes andere Fehlverhalten auch. Wer seine Sorgfaltspflicht verletzt, muss dafür die Verantwortung tragen.

Glücklicherweise ist die Situation in unserem Land noch nicht eskaliert. Aber dennoch wird Rechtsstreit häufiger, und allzuoft geht es dabei letztenendes vor allem um schlichte Formalien. Nehmen wir als Beispiel eine Komplikation bei einer Herzkatheteruntersuchung. Vor Gericht ist die medizinische Indikation kaum ein Thema. Der Arzt braucht nur IRGENDEINE Begründung für die Durchführung der Untersuchung anzugeben, auch wenn sinnvolle Konsequenzen für den Patienten von vornherein sehr unwahrscheinlich gewesen sind. Sobald der Arzt seine Begründung zur Indikation abgeben hat, ist er in dieser Hinsicht aus dem Schneider. Gestritten wird dann in aller Regel um die AUFKLÄRUNG des Patienten oder um die Dokumentation und deren Vollständigkeit und Exaktheit. Urteilsentscheidend ist dann ein Stück Papier, während die eigentliche apparative Maßnahme, die zum Schaden geführt hat, kein Thema mehr ist.

Auch die prinzipielle Fragwürdigkeit der detaillierten Aufklärung ist dabei keine Rolle. Kürzlich habe ich ein Experiment gewagt: Ich habe eine junge, intelligente Studentin eines nichtmedizinischen Fachgebietes gebeten, sich vorzustellen, sie sei meine Patientin. Sie möge sich vorstellen, sie habe eine häufige Herzerkrankung, wegen derer ich sie standardmäßig mit zwei Medikamenten namens ACE-Hemmer und Diuretikum behandeln würde. Dann bat ich sie, sich zu konzentrieren, habe dann aus dem Gedächtnis die wichtigsten Nebenwirkungen dieser Medikamente genannt und erklärt. Bei der Gegenprobe 10 min später stellte sich heraus, dass selbst ein junger, intelligenter Mensch sich diese Nebenwirkungen nicht einmal zu einem Bruchteil merken kann. Dennoch ist die ausführliche Aufklärung über Nebenwirkungen Basis der richterlichen Beurteilung eines Streitfalles. Was den Patienten in der Realität seine Zustimmung geben läßt ist eine Mischung aus Abhängigkeit von und Vertrauen zum Arzt, aber das ist nun mal nicht gerichtlich relevant. Der Arzt hat es durch diese Konstellation einfach: In Zweifelsfällen kann er die Verantwortung für eine Maßnahme mit Hilfe eines Stückes Papier auf den Patienten übertragen, oder ihm zumindest den Schwarzen Peter zuschieben. Patienten unterschreiben fast immer, die Ablehnung einer ärztlich vorgeschlagenen Maßnahme hat Seltenheitswert.

Auch wenn solche Rechtsfälle noch immer relativ selten sind und daher die Angst der Ärzte mehr oder weniger irrational:

*Die potentielle Bedrohung durch das Recht ist in den Köpfen der Ärzte, und dort wirkt sie auf Entscheidungen ein.*

Und jeder Arzt kennt das Prinzip: Wenn ich etwas TUE, ob diagnostisch oder therapeutisch, und das nur *irgendwie* begründen kann, bin ich automatisch auf der sicheren Seite. Wenn ich aber eine

Maßnahme sinnvoll, abgewogen und patientenorientiert LASSE, gehe ich ein Risiko ein, mache ich mich angreifbar. Denn dieser Patient könnte ja vielleicht doch der eine von 5000 sein, der noch etwas Anderes hat, als ich bisher vermutet habe.

Das geschilderte Ungleichgewicht des Abwägens zugunsten des Tuns ist zumindest kurzfristig *gut für den Arzt*. Aber ist es auch *gut für den Patienten*?

"So lange die Intensivierung ärztlicher Eingriffe mit einem Anstieg der Wirksamkeit und damit des Therapienutzens einhergeht, bleibt die Erfolgsbilanz der Medizin insgesamt positiv. Eine systematische Schädlichkeit kann nur eintreten, wenn eine weitere Voraussetzung gegeben ist: ein sinkender Grenznutzen medizinischer Behandlungen." <sup>8</sup>

Meines Erachtens läuft die Auseinandersetzung mit der Thematik der Nebenwirkungen des durch Geld und Recht induzierten ärztlichen Aktionismus auf insgesamt 4 wichtige Fragen hinaus:

#### 1. Einflüsse von Geld und Recht auf die Häufigkeit von diagnostischen, medikamentösen und sonstigen therapeutischen Nebenwirkungen:

Damit sind gemeint Untersuchungskomplikationen, Unerwünschte Wirkungen von Medikamenten, Operationskomplikationen usw. Ich nenne diese Nebenwirkungen fortan "Organische Nebenwirkungen"

Nach den Gesetzen der Wahrscheinlichkeit ist offensichtlich, dass diese organischen Nebenwirkungen umso häufiger auftreten, je mehr Aktionismus herrscht. So kann eine primär seltene Nebenwirkung zu einem faktisch häufig anzutreffenden Ereignis werden.

#### 2. Einflüsse von Geld und Recht auf IATROGENE FIXIERUNGEN:

Damit sind gemeint ursprünglich harmlose, vorübergehende Beschwerden, die durch den Einfluß des Arztes chronifizieren können. Wenn beispielsweise Kopfschmerzen nicht als körpersprachliches Zeichen von Überlastung verstanden und entsprechend aufdeckend behandelt werden, sondern stattdessen wieder und wieder Facharztvorstellungen und diverse Tablettenbehandlungen folgen, droht eine dauerhafte Fixierung der Beschwerden. Prof. Meinertz schreibt im Deutschen Ärzteblatt zum Thema Funktionelle Herzbeschwerden: "Nach einer Untersuchung sollten weitere vermieden werden, besonders ständige EKG-Schreibungen."<sup>9</sup> Ein ähnliches Beispiel sind funktionelle

---

8 Heyll, U.: Grenzen der Medizin - Über die systematische Verursachung von Gesundheitsschäden durch ärztliche Eingriffe, in: Dr.med.Mabuse, Heft 12/93, S.23

9 Meinertz: Kardiale Funktionsstörungen, Deutsches Ärzteblatt 41/1993, S. B-2391

abdominelle Beschwerden, über die Prof. Wienbeck schreibt: "In der Bundesrepublik suchen etwa 20 Prozent der Patienten wegen abdominaler Beschwerden den Arzt auf; bei ihnen wird in etwa 50 Prozent eine organische Ursache gefunden, in weiteren 50 Prozent ein Colon irritabile. ....Häufige Besuche der Kranken sind zweckmäßig, häufige Untersuchungen sind unzweckmäßig." <sup>10</sup> Kritisch zu betrachten ist in diesem Zusammenhang auch das gängige Konzept der Behandlung von Risikofaktoren: "Um trotz des nur oberflächlichen und provisorischen Wissens therapeutisch eingreifen zu können, wurde für die biologischen Risikofaktoren eine begriffliche Sonderstellung geschaffen: Theoretisch gelten sie als Gesundheitsrisiken, praktisch werden sie aber als Krankheiten eingestuft und dementsprechend durch Eingriffe in den Organismus behandelt. Aus dieser Unklarheit ergibt sich eine doppelte Konfusion: Personen werden behandelt, obwohl sie nicht krank sind, und es sind nicht die ungesunden Lebensbedingungen, sondern der eigene Körper, der als Risiko empfunden wird." <sup>11</sup> Dafür, welche mittel- und langfristigen Konsequenzen Fixierungen und der damit verbundene Streß haben können, dafür nur ein Anhaltspunkt: "Es ist wahrscheinlich, dass akuter oder chronischer Streß unterschiedliche Effekte auf das Immunsystem haben. Psychische Zustände, Stimmungen oder Ereignisse wie Einsamkeit, Trennung, Scheidung, Arbeitslosigkeit, Trauer und Angst haben immunsuppressive Wirkungen..." <sup>12</sup> Iatrogene Fixierungen sind psychische Nebenwirkungen, ein passender Begriff scheint mir auch "weiche" Nebenwirkungen zu sein im Gegensatz zu den organischen, "harten" Nebenwirkungen.

### 3. Einfluß von Geld und Recht auf die COPING-Fähigkeit des Patienten:

Damit ist gemeint die Fähigkeit des Patienten, den Umgang mit unabänderlichen, chronischen Beschwerden zu erlernen, also die Krankheit zu BEWÄLTIGEN, auch Krankheitsverarbeitung genannt. Jeder Patient mit chronischen Beschwerden hat die potentielle Chance, nach dem Akzeptieren der Erkrankung eine aktive Auseinandersetzung mit der Störung zu führen, und dadurch TROTZ der Krankheit Lebensqualität zu erlangen. Dieser Lernprozess kann vom Arzt entweder gefördert oder gestört werden. Ein Beispiel für eine Behinderung des COPING-Prozesses wäre, wenn ärztlicherseits immer wieder falsche Hoffnung aufgebaut wird.

Weitere Aussagen zum Coping: "Wenn wir von Krankheitsverhalten sprechen.....Das Muster der Einflußgrößen auf dieses Verhalten nennt man heute coping, mit etwas fertigwerden, etwas meistern, bewältigen. Gemeint sind angeborene, erworbene, kulturell bedingte und zugelassene,

---

10 Wienbeck (Augsburg): (Titel), in: Deutsches Ärzteblatt 48/1993, S.B-2392

11 Heyll, U.: Grenzen der Medizin - Über die systematische Verursachung von Gesundheitsschäden durch ärztliche Eingriffe, in: Dr.med.Mabuse, Heft 12/93, S. 26

12 Aschauer/ Resch/ Aschauer-Treiber: Psychoimmunologie, Thieme-Verlag Stuttgart 1990, S.58

erlernte und wertbesetzte Hilfen, sich eine Krankheit zu eigen zu machen. Es wird unmittelbar erkennbar, dass die Fähigkeiten, sich mit Krankheiten auseinanderzusetzen, sie zu bewältigen, mit ihnen zu leben die gleichen sind, die die Fähigkeit bestimmen, sich gesund zu erhalten. .... Bei Chronizität ist es moralische Pflicht von Arzt und Patient, dass der Kranke soviel Selbstvertrauen und Selbstverantwortung wie möglich übernimmt, und der Arzt sollte ihm dabei helfen. Das erfordert von beiden Seiten Einsicht und Anstrengung. Denn es besteht die Gefahr, dass sich beide in einem bequemen Abhängigkeitsverhältnis einrichten und nicht bemerken, dass dem Kranken mehr Freiheit der Selbstleitung und Selbsthilfe offenstehen müßte. Die Versuchungen auf Seiten des Kranken sind Entlastung, Anhänglichkeit, Führenlassen; beim Arzt sind es Eitelkeit, sich Geschmeichelt-Fühlen und Ehrgeiz. .... Die Zustandsbegriffe Gesundheit und Krankheit sind starr. Würde man sich der Bewegungsbegriffe Gesundsein und Kranksein bedienen, so würde sich gerade für die chronisch Kranken die Möglichkeit eröffnen, auf eine gesunde Weise krank zu sein. Ich bezeichne diese Möglichkeit als bedingtes Gesundsein." <sup>13</sup> Dieter Rössler schreibt dazu: "Die ärztliche Ethik verpflichtet heute nachdrücklicher als zuvor zur öffentlichen Aufklärung darüber, dass Gesundheit nicht die Abwesenheit von Störungen ist, sondern die Kraft, mit ihnen zu leben." <sup>14</sup> Am Beispiel von Schmerzzuständen: "Chronische Schmerzen weisen somit per definitionem auf ein Versagen der traditionellen medizinischen Behandlung hin..... Die Einzige dauerhafte Hilfe für den Patienten besteht darin, zu lernen, sich aktiv mit seinem Zustand auseinanderzusetzen..... Schmerzerleben und dysphorische Stimmung bedingen sich wechselseitig." <sup>15</sup> Dr. Ellis E. Huber meint: "Die Gesundheitsversorgung und ihre Profis sollten bei jedem Patienten die Frage stellen, was dieser Mensch braucht, um trotz eines Körperlichen, seelischen oder sozialen Handicaps möglichst selbständig und selbstbewußt leben zu können." <sup>16</sup> Die Störung des Coping zählt wie die Förderung von iatrogenen Fixierungen zu den psychischen, "weichen" Nebenwirkungen des ärztlichen Handelns. Und auch hier sind mittel- bis langfristig Auswirkungen auf die Abwehrfähigkeit des Organismus zu erwarten: "Dabei zeigen weniger diese traumatisierenden Ereignisse per se einen Effekt auf das Immunsystem als vielmehr der Kontext, in dem ein solches Ereignis den Menschen trifft, ein vorbestehender negativer Affekt oder die Bewältigungsmechanismen ("Coping"), mit denen ein solches Ereignis verarbeitet wird. Als gutes "Coping" könnte betrachtet werden, wenn jemand einen hohen Grad an Belastungssituationen

---

13 Hartmann, F.: Selbstverantwortliches Gesundsein, in: Was macht den Menschen krank?, Verlag Birkhäuser Berlin 1991, S. 22, 28

14 Rössler, D.: (o. Titel), in: Was macht den Menschen krank?, Verlag Birkhäuser Berlin 1991, S. 30

15 Basler, H. D.: Psychologische Methoden der Schmerzbewältigung, in: Was macht den Menschen krank?, Verlag Birkhäuser Berlin 1991, S. 170

16 Huber, E.E.: Mit Laserstrahlen gegen Herzeleid, in: Die Tageszeitung, Berlin, 26.02.93

(Streß) berichtet, aber dadurch keine starke Erschöpfung verspürt. Schlechtes "Coping" wäre, wenn jemand in Belastungssituationen mit starker Erschöpfung reagiert. .... Streßsituationen in Menschen mit "guten" Verarbeitungsstrategien (gesunde Persönlichkeitsstruktur gemessen mit dem "Minnesota Multiphasic Personality Inventory" - MMPI) erhöht die Immunitätsbereitschaft im Vergleich zu Menschen mit "schlechtem Coping" ".<sup>17</sup>

#### 4. Effekte von Geld und Recht auf KOSTEN UND EFFIZIENZ DES GESUNDHEITSWESENS:

Anhaltspunkt: Im Deutschen Ärzteblatt wurde die Frage gestellt "Wird der Schädel zuviel gerönt?". Der abschließende Satz der Auseinandersetzung mit dieser Fragestellung wurde oben bereits zitiert und besagte, dass Fachleute von einem erheblichen Einfluß der Rechtsprechung auf die Gesundheitskosten ausgehen.

Auf eine ausführliche Erörterung der Kostendiskussion verzichte ich hier, das geschieht zur Genüge in der öffentlichen Auseinandersetzung.

Auch die Frage der Effizienz sei nur gestreift, allerdings die Anmerkung, dass das Gesundheitswesen der USA sich als beispiellos teuer und gleichzeitig beispiellos ineffizient herausgestellt hat, während das Gesundheitssystem Dänemarks mit deutlich weniger finanziellem, apparativem und medikamentösem Aufwand als das unsere auskommt, und das ohne Einbußen bei allgemeinem Gesundheitszustand und Lebenserwartung. Als "Nachweis" der Effizienz unseres Gesundheitssystems wird oft die steigende Lebenserwartung genannt. Griechenland hat eine der höchsten Lebenserwartungen in Europa, trotz eines für unsere Verhältnisse ärmlichen Medizinsystems.

Letztlich darf das eigentliche Zielkriterium im Gesundheitswesen, nämlich eine möglichst hohe Lebensqualität möglichst vieler Menschen (oder anders herum: Leiden möglichst weniger Menschen) nicht aus den Augen verloren werden. Und genau in dieser Hinsicht spielen auch wieder die "weichen" Nebenwirkungen ärztlichen Handelns eine ganz erhebliche Rolle: "Es gibt ernsthafte Hinweise darauf, dass für die Volkswirtschaft die Folgekosten chronifizierender somatoformer Störungen (darunter das Somatisierungssyndrom) bei der heutigen Struktur der Medizin an die Folgekosten organisch verursachter Erkrankungen herankommen oder sie sogar übersteigen."<sup>18</sup>

Als Zwischenresümee bleibt festzuhalten:

Förderung von Iatrogenen Fixierungen und ungünstige Effekte auf die Coping-Fähigkeit des Patienten sind bisher vernachlässigte ("weiche") Nebenwirkungen ärztlichen Handelns. Sie werden

---

<sup>17</sup> Aschauer/ Resch/ Aschauer-Treiber: Psychoimmunologie, Thieme-Verlag Stuttgart 1990, S. 58

<sup>18</sup> Hoffmann, S.O.: Somatisierung und Somatisierungsstörung, in: Deutsches Ärzteblatt 3/1994, S. B-92

wesentlich durch die Strukturen des Geld- und Rechtssystems induziert.

Selbstverständliche wirken viele andere Faktoren auf das ärztliche Handeln ein: Der Stand der Wissenschaft, die Ausbildung, die technischen Möglichkeiten und und und. Was aber nützt ein hoher Standard bei den "potentiellen Möglichkeiten" oder bei den ethischen Grundüberzeugungen, wenn einige wenige andere Effekte dominant sind? Die eigentliche Zielgröße im Gesundheitswesen, nämlich die Lebensqualität, darf nicht aus den Augen verloren werden.

Ideal wäre, könnte man die genannten psychischen Nebenwirkungen quantitativ oder zumindest semiquantitativ erfassen. Das ist allerdings recht schwierig. Gleichzeitig liegt hier die eigentliche Herausforderung. Denn mindestens ein Drittel der hausärztlichen Patienten kommen mit funktionellen Beschwerden. Geld und Recht belohnen apparatives Tun, Ärzte sind nahezu gezwungen, der persönlichen Interaktion mit dem Patienten eine Nebenrolle zuzuweisen. Wie stark wirkt sich das auf Krankheitsverlauf und Lebensqualität aus?

Stellen Sie sich beispielsweise vor, es gelänge tatsächlich, COPING und IATROGENE FIXIERUNG zumindest *semiquantitativ* zu erfassen. Dann müßten zwingend beide Faktoren als Kriterien in den ärztlichen Prozess des Abwägens mit einbezogen werden. Auch in die Rechtsprechung würden diese Kriterien dann konkret eingehen.

Stellen Sie sich bitte außerdem vor, für das ärztliche Abwägen würde folgender -auch gerichtlich relevante- Grundsatz gelten:

Wenn die Wahrscheinlichkeit einer noch nicht abgeklärten Diagnosemöglichkeit ein gewisses Maß UNTERSCHREITET, hat die ABWARTENDE VERLAUFSKONTROLLE Vorrang vor weiterer Diagnostik. Ausnahme: Vorhandensein konkreter Hinweise für einen ABWENDBAREN GEFÄHRLICHEN VERLAUF.

Diese Abwägung hätte den sinnvollen Effekt, dass auch ÜBERTRIEBENE medizinische Maßnahmen, die nur sehr wenigen nützen, aber vielen Patienten schaden, negativ sanktioniert werden könnten, auch vor Gericht. Beim Prozess würde man dann wieder über die Indikation zur Untersuchung sprechen müssen, anstatt über das Ausfüllen des Aufklärungsbogens. Ärzte könnten den Schwarzen Peter nicht mehr an Patienten abgeben. Das könnte dazu beitragen, die ärztliche Abwägung zwischen TUN und LASSEN wieder in ein sinnvolles Gleichgewicht zu bringen, wieder zu einer vorwiegend PATIENTENORIENTIERTEN Entscheidung werden zu lassen. Medizin muss seltene Fehler machen dürfen, um nicht an anderer Stelle ungleich häufiger Schaden entstehen zu lassen. S. Ewig drückt das so aus: "Das bedeutet, dass nicht ein umfassender Ausschluß auch der unwahrscheinlichsten denkbaren Diagnose gefordert ist; das wäre ein kostenträchtiges, den

Patienten belastendes, potentiell gefährdendes und letztlich auch trügerisches Verfahren. Vielmehr ist ein waches Bewußtsein für Entwicklungen in der Symptomatik angezeigt, die auf eine andere definierbare zugrundeliegende Erkrankung hinweisen könnten."<sup>19</sup>

Zum Abschluß dieser Auseinandersetzung mit TUN und LASSEN und deren Folgen möchte ich erinnern an einen verstorbenen Kollegen:

"Johann Georg Zimmermann war ein Schweizer, ein Arzt. Er lebte vor 200 Jahren. Er hat ein Buch geschrieben 'Über die Einsamkeit', das Thoreau beeinflusst hat. Durch das Buch wurde er so bekannt, dass der todkranke Friedrich der Zweite von Preußen, den sie 'den Großen' genannt haben, ihn zu sich rufen ließ. Dem König war nicht zu helfen, und Zimmermann versuchte das auch gar nicht. Der König war ihm dankbar dafür. Er deutete auf ihn und flüsterte: Weisheit. Wegen der UNTERLASSENEN Behandlung seines berühmtesten Patienten wurde Zimmermann der gesuchteste Arzt seiner Zeit."<sup>20</sup>

Weisheit - in unserem Gesundheitssystem selten anzutreffen. Weisheit besteht häufig gerade darin, etwas zu lassen, was man auch tun könnte. Die Weisheit wird erst dann wieder echten Raum haben, wenn geänderte Spielregeln von Geld und Recht unserem "Krankheitssystem" die Chance geben, sich zu einem Gesundheitssystem zu entwickeln, das diesen Namen verdient. Dann wird Gesundheit effektiver erhalten, werden behandelbare Krankheiten mehr als bisher bei ihren Ursachen behandelt, nicht-behandelbare und chronische Krankheiten werden für den Patienten besser zu bewältigen, und ganz allgemein werden Menschen nicht mehr kränker gemacht, als sie sind. Denn unsere jetzige Medizin hat erheblich mehr unerwünschte Wirkungen, als das bei Patienten UND Ärzten bisher bekannt ist.

All dies gilt es für weitere Reformwerke am Gesundheitswesen zu bedenken, die im Gegensatz zur Seehoferschen Reform nicht nur finanzielle Kosmetik bedeuten, sondern eine echte Weiterentwicklung. Und wenn die Ärzteschaft ihre Zukunft glaubwürdig mitgestalten will, dann heißt es, mit Selbstkritik und Bescheidenheit an dieser Stelle anzusetzen.

---

19 Ewig, S.: Chronisches Müdigkeitssyndrom, in: Deutsche Medizinische Wochenschrift 38/ 1993, S.1377

20 Richartz, W.E.: Reiters westliche Wissenschaft, Taschenbuch Verlag Diogenes Zürich 1988, S. 196