

Einleitend drei Vorbemerkungen:

1. zu mir („**Vorstellung des Referenten**“),
2. zum Thema („**Definitionen**“),
3. zum Ablauf („**Inhaltsverzeichnis**“)

1. Vorstellung des Referenten

Die Motivation, mich mit einigen Anmerkungen zum **Hintergründigen der Diagnostik** zu Wort zu melden, kommt aus meiner tiefen Skepsis über das Medizin-geschehen in unseren Tagen. Das möchte ich mit Ihnen diskutieren.

Till Bastian sagt, wir sollen uns nicht von des Kaisers neuen Kleidern blenden lassen, sondern illusionslos die „nackten“ Tatsachen sehen. Sie werden staunen, wie häßlich Nacktheit sein kann! Und Sie werden erschrecken.

Die Legitimation, zu unserer Thematik zu sprechen, leite ich aus der Tatsache ab, daß ich während meiner bald 35-jährigen ärztlichen Tätigkeit eigentlich mit allen Aspekten der Diagnostik konfrontiert war, mittelbar oder auch sehr direkt.

Nach einer langen Lern- und Arbeitsperiode an den Universitäten in Berlin, Frankfurt, Köln und schließlich in München habe ich zuletzt fast 20 Jahre ein kleines internes Krankenhaus in Unterfranken geleitet.

Die Kleinheit des Städtchens, aus dem ich komme, ist am besten dadurch charakterisiert, daß es dort nicht eine einzige Verkehrsampel gibt.

Und die Kleinheit des Krankenhauses dadurch, daß die Ärzte hier sowohl die Schwestern als auch die Patienten mit Namen kennen.

Vor gut 2 Jahren habe ich mein Stethoskop an den Nagel gehängt.

Heute noch ein so einfaches (aber altes), bewährtes (aber unspektakuläres) diagnostisches Instrument zu benutzen, scheint selbst in diesem kleinen Krankenhaus zunehmend obsolet. Statt dessen ist nun die Rate endoskopischer Untersuchungen (wie z.B. der ERCP) im Vergleich zu vorher sprunghaft und urplötzlich auf etwa 1000% angestiegen. Aber dazu kommen wir später.

2. Definitionen zum Thema

Wir müssen uns rasch noch über einige Definitionen einigen:

Diagnostik. Sie beschreibt Weg und Methodik, das Krankheitsbild eines Patienten möglichst genau zu definieren, um eine Entscheidung zum (therapeutischen) Handeln (oder Nichthandeln) zu finden. Sie sollte vernünftig, menschlich und sparsam gestaltet werden.

Diagnostiker. Er benutzt als Werkzeug die Erhebung der Vorgeschichte und die unmittelbare Untersuchung des Kranken. Beides führt in 60 bis 90% zur Diagnose. Meist wird er sich allerdings noch weiterer Methoden bedienen (Labor, Endoskopie, bildgebende Verfahren etc.). Je größer die diagnostische Spezialisierung, desto größer die Gefahr, den Gesamtüberblick zu verlieren.

Diagnose. Sie beruht auf Empirie, vielleicht Intuition, und natürlich Logik. Im übrigen ist zwischen Faktum und Deutung zu unterscheiden. Und: „Diagnose“ ist noch lange nicht gleichzusetzen mit „Erkrankung“!

Erst in der Partnerschaft mit seinem Patienten wird aus dem Diagnostiker der Arzt, zu dem wir Vertrauen haben. Und erst in dieser Beziehung ergibt sich aus der Diagnose ein verantwortliches therapeutisches Handeln.

3. Inhaltsverzeichnis

Damit Sie sich orientieren können, habe ich das Inhaltsverzeichnis ausgelegt. Sie erkennen sofort, daß dieses Referat (wie jede gute Predigt auch) drei Abschnitte hat, von denen sich jeder einem der gerade vorgestellten Begriffe widmet.

Es geht also im ersten Teil um den Begriff „**Diagnostik**“, wobei ich als Erläuterung neben die gewohnten positiven gleich noch programmatisch die Adjektive „rätselhaft“ und „teuer“ angefügt habe.

Im zweiten Teil wenden wir uns dem zu, der an und mit der Diagnostik arbeitet, dem souveränen **Diagnostiker**, ebenfalls versehen mit zwei weiteren Determinanten: „unsicher“ und „ungeprüft“, weil das viel häufiger der Fall ist, als man meint.

Im dritten Teil schließlich befassen wir uns mit dem Ergebnis der Bemühungen von Nummer zwei: der **Diagnose**, die wir ebenfalls nicht ohne charakterisierende Adjektive lassen wollen. Neben dem üblichen „hilfreich“ nenne ich „unbestimmt und düster“.

Sollten Ihnen die negativ belegten Attribute im Moment befremdlich vorkommen, haben Sie bitte Geduld: Sie werden im Laufe der nächsten 50 Minuten erkennen, daß sie mit Bedacht und eher zurückhaltend ausgesucht worden sind.

Die positiven Beiworte entsprechen gängigen Vorstellungen

Abschnitt 1

Diagnostik: brillant oder rätselhaft und teuer ?

- Von der **Notwendigkeit** oder auch der **Beliebigkeit** der Diagnostik

Daß die Götter vor Therapiebeginn eine Diagnose anmahnen, ist eine allseits und hinreichend bekannte Trivialität (die genau so von dem Schweizer Hämatologen Nägeli formuliert wurde).

Diese Feststellung müßten wir nicht diskutieren, wenn nicht doch eine Reihe von Unklarheiten offen bleiben.

- Zum Beispiel die, daß die Götter sich nicht über die Qualität der Diagnose ausgelassen haben.
- Ebenso bleibt unklar, ob das Diagnostizieren auch ohne nachfolgende Therapie unter den göttlichen Segen fällt.
- Und soll man die Frage, ob die „Diagnose wichtig“ sei, eher mit „Ja“ oder mit „Nein“ beantworten? Sind nicht bei mehr als der Hälfte aller Patienten, die den Arzt aufsuchen, deren Gesundheitsprobleme nicht zu sichern? Andere Autoren behaupten sogar, daß eine Diagnosestellung so schwierig sei, daß sie nur bei jedem 5. Patienten befriedigend gelingt. Dies wissend erscheint es besonders abwegig, eine Diagnose „immer“ und „mit allen Mitteln“, also „koste es was es wolle“ zu erzwingen.
- Kommt man nicht oft genug mit der Registrierung von nur einigen wenigen Befunden aus?

Die folgende Überlegung mag dies verdeutlichen:

- Im internistischen Krankheitsspektrum (etwa in Deutschland) sind ohnedies nur 25% aller Patienten im echten Sinne zu heilen (so beispielsweise, wenn sie eine „banale“ Infektionserkrankung haben), d.h.
- 3 von 4 Patienten in Deutschland sind eben nicht heilbar, sie sind chronisch krank und bedürfen bis zu ihrem Lebensende einer Betreuung.
- Und: eine restitutio ad integrum, (Wiederherstellung auf den ursprünglichen gesunden Zustand) ist ebenfalls fast nie möglich (zumindest nicht bei den sog. Zivilisationskrankheiten, mit denen wir es bei uns fast ausschließlich zu tun haben und die im eigentlichen Sinne nicht „heilbar“ sind).

Wir könnten als Ergebnis dieser Überlegungen zusammenfassen: **Eine exakte Diagnose zu stellen ist sicher häufig wünschenswert, eher selten möglich und für das Überleben des Patienten fast nie nötig.**

Um auf unsere erste Überschrift zum Thema „Diagnostik“ zurückzugreifen: die zwingende Notwendigkeit für eine Diagnosestellung ist also tatsächlich in vielen Fälle höchst fraglich!

Jeder, der sich etwas ausführlicher mit unserer Thematik befaßt, wird auf ein zweites, sehr überraschendes Phänomen stoßen, nämlich die erschreckend häufige schiere **Zufälligkeit** bzw. **Beliebigkeit der Diagnostik**.

Nehmen wir das Beispiel des **Herzkatheters**.

Ich werde im Folgenden immer wieder auf diese Untersuchungstechnik kommen, da sie in vielerlei Hinsicht exemplarisch ist, und zwar nicht nur im guten Sinne.

Zur kardiologischen Katheterdiagnostik zunächst eine Schlüsselzahl:

In diesem Jahr 2002 werden in Deutschland rund 600.000 (also 0,6 Millionen) Herzkatheteruntersuchungendurchgeführt werden, ob's nötig ist oder nicht.

Neben dieser gewaltigen Zahl ist noch etwas anderes ganz besonders verwunderlich, nämlich die direkte Abhängigkeit der Häufigkeit von Herz-katheteruntersuchungen vom Wohnort des Patienten innerhalb von Deutschland!

Die Wahrscheinlichkeit für einen Patienten im Bundesland Bremen, einen Schlauch ins Herz geschoben zu bekommen, ist rund 4 x größer verglichen mit der für die Patienten, die ihren Wohnsitz in Brandenburg haben.

Dafür sind die Bremer aber wesentlich zurückhaltender mit der Dilatationstechnik, also dem Aufdehnen von Herzkranzgefäßen.

Im Gegensatz zu den kardiologischen Kollegen in Nordrhein-Westfalen beispielsweise. Die Ärzte am Rhein dehnen Herzkranzgefäße bei ihren Patienten genau 15 mal häufiger auf als die von der Weser.

Medizinisch nicht erklärbare Beliebigkeit!

Wir merken uns: **die diagnostische Beliebigkeit weckt Zweifel an einer ausschließlich medizinischen Indikation für diese und im Prinzip auch alle anderen ärztlichen Untersuchungen.**

Dennoch: Wer wollte den Segen dieser Diagnostik für den Kranken, die Eleganz der Methode, ihre Sicherheit in der Hand des Geübten je bestreiten?

Dabei habe ich für die **Verführbarkeit des Arztes** durch diese Situation viel Verständnis. Ist es nicht in der Tat aufregend, begeisternd und schick, fast filmreif, wenn man die **Herzinfarkt-Story** sieht und verfolgt und vielleicht gar Anteil daran hat,

- *wie jemand während der aufreibenden Managertätigkeit ganz akut zusammenbricht und einen Herzinfarkt erleidet,*
- *in wenigen Minuten (Sondersignal, Blaulicht) die Klinik erreicht,*
- *sofort kathetert, angiographiert, dilatiert und – besonders in Mode – mit einem Plastikröhrchen versorgt, also „gestentet“ wird, vielleicht später sogar noch „gebypassed“,*
- *nach wenigen Wochen rehabilitiert, sich wieder zur Stelle meldet, „als wäre nichts geschehen....“*

Die **Faszination des medizin-technisch Machbaren**, ganz sicher!

Gleichzeitig aber auch: **Verschleierung der existentiellen Bedrohung** des Menschen **durch die Krankheit!**

Wird nicht so die Erwartungshaltung auf Korrigierbarkeit beinahe aller derartiger „Entgleisungen“ geschürt, als gäbe es ein „Recht auf Gesundheit“, einen „Anspruch auf Wiederherstellung“, bezahlt im übrigen immer von der Allgemeinheit?

Doch zurück zur Diagnostik!

Auch hier kann oftmals der Gefahr, immer alles zu diagnostizieren, was diagnostizierbar ist, nur schwer widerstanden werden. Es ist ja auch viel leichter, zu sagen: „Wir haben alles diagnostisch Mögliche versucht“, anstatt: „Wir wollen erst einmal zuwarten“. Oder gar: „wir haben darauf verzichtet“.

Halten wir an dieser Stelle als **Zwischenergebnis** fest:

Die den Patienten offerierte Diagnostik ist keineswegs immer nötig, in vielen Fällen höchst zufällig bzw. beliebig. Es drängt sich also – nächster Punkt - die Frage auf:

- | |
|--|
| <ul style="list-style-type: none">• Ist Diagnostik steuerbar, wird sie beeinflusst? Von wem, wodurch oder wovon? |
|--|

Wir alle kennen die Maxime:

Der **diagnostische Aufwand** sollte sich im Idealfall prinzipiell nur nach dem Interesse des Patienten (*salus* oder *voluntas aegroti*) richten und zwar unter der Prämisse, ausreichend, alles Notwendige einschließend und wirtschaftlich zu sein.

Dieser hehre Satz ist das Papier nicht wert, auf dem er steht! Er ist eine einzige Lüge! *In praxi* finde ich hinsichtlich des diagnostischen Aufwandes nämlich Folgendes:

- Die Diagnostik orientiert sich eben **nicht nur** an den Bedürfnissen der Patienten und folgt eben **nicht** ausschließlich einer exakten medizinischen Indikation. Im Gegenteil: dies scheint eher die Ausnahme!
- Die Diagnostik wird entscheidend durch die Anbieter (Ärzte, Kliniken) gesteuert und beeinflusst, und zwar auch und besonders nach **marktwirtschaftlichen** Kriterien. Genau das wurde kürzlich auf einem Kongreß in Berlin diskutiert, wo man uns in der Tat glauben machen wollte, daß Wettbewerb und Ethik kein Gegensatz seien: welch weltfremde Illusion!
- Die Diagnostik unterliegt **modischen** Schwankungen und wird von allen **Medien** (insbesondere dem Fernsehen) ungunst **beeinflusst** (wenn sich Frau Dr. Kühnemann - selbstverständlich assistiert von professoralen Gesprächspartnern - beispielsweise über den raschen und schmerzfreien sonographischen Nachweis von Kalkablagerungen in der Halsschlagader verbreitet, steigt die durch Patienten angemahnte Gefäßdoppleruntersuchung am Folgetag in den dazu ausgerüsteten Praxen im zweistelligen Prozentbereich).
- Die Diagnostik ist, wie wir gesehen haben (Herzkatheter!), vom Wohnort des Patienten und weiteren **lokalen** Gegebenheiten abhängig (ich werde später diesen Punkt nochmals streifen).

- Die Diagnostik ist einer permanenten **Weiterentwicklung** unterworfen (an sich positiv!), wobei sich aus pekuniären Gründen (z.B. zur finanziellen Absicherung des Arztes) aber meist die neuen Methoden zu den alten addieren und keineswegs zum Ersatz der älteren führen.

An dieser Stelle eine kurze grundsätzliche Anmerkung zu dem Begriff **Risikobewertung**.

Auch die medizinische Diagnostik – unser Thema - wird beeinflusst durch die Bewertung des Risikos, daß der Patient eine bestimmte Erkrankung hat. Dabei ist es die Aufgabe des Arztes, die Höhe dieses Krankheitsrisikos und die Gefährlichkeit der vermuteten Krankheit abzuschätzen und in das rechte Verhältnis zu Quantität und Qualität der diagnostischen Maßnahmen zu setzen. Sie ahnen schon, daß sich hier ein extrem breiter Handlungsspielraum eröffnet!

Wenn nämlich ein Risiko das Produkt aus Schaden und Eintrittswahrscheinlichkeit ist, erleben wir in der Tat permanent geradezu irrwitzige **Risikoverzerrungen**.

Auch im Medizinbereich. Risikoverzerrungen, die zu unnötigen Ängsten, unnötigen Ausgaben, oder allgemeiner: zu großem volkswirtschaftlichen Schaden führen.

Derartige Risikoverzerrungen sind gelegentlich bewußt gesteuert. Ich denke im Bereich Medizin beispielsweise an den Einsatz diagnostischer Methoden (Stichwort: „Tumormarker“) zur vermeintlich sicheren Krebserkennung bzw. dessen Ausschluß, an die vielen sinnlosen „Vorsorge- und Igel-Programme“ und vieles andere.

Eines der eklatantesten Beispiele der letzten Zeit ist die medienverursachte absolut irrationalen **BSE-Hysterie** in Deutschland.

Sie entsinnen sich: in den letzten Jahren wurden in England 1,5 Millionen Rinder geschlachtet und verbrannt. Von denen waren 200 000, also rund 10% BSE-positiv. Und bei den Menschen waren etwa 100 BSE-Tote zu beklagen.

Dennoch: Im gleichen Zeitraum verstarben im gleichen England rund 10 x mehr Menschen an Tuberkulose (die man fast schon als ausgerottet betrachtet hatte).

In Deutschland hat man nur ein paar Dutzend BSE-positive Rinder gefunden. Und es gibt nicht einen einzigen, zweifelsfrei belegten BSE-infizierten Menschen und schon gar nicht einen, der an dieser Erkrankung verstorben wäre!

Aber:

- Man schätzt, daß in Deutschland pro Jahr **durch medizinische Standardinterventionen 10 bis 20 000 Patienten zu Tode** kommen. Wenn bei diesen Patienten nur 5% zu Lasten diagnostischer Maßnahmen gehen (unser Thema ist „DIAGNOSTIK“), sind dies etwa 2 Tote jeden Tag, getötet von Ärzten.
- Und in jeder Stunde kommt ein Mensch im Straßenverkehr um, getötet von einem Mitmenschen

- und alle 7 Minuten stirbt einer an den Folgen des Rauchens, getötet durch eigenes Verschulden.
- Nochmal: nicht ein einziger BSE-Toter. Im Prinzip existiert diese Erkrankung bisher in Deutschland nicht.

Dennoch wurden Minister gefeuert, wie in Bayern, oder gerade nicht, wie in Berlin. Nach Beck eine Politik der Ratlosigkeit. Die Politiker demonstrierten einmal erneut ihre Unfähigkeit, zu denken, geschweige denn, die einfachsten Gesetze der Statistik und Logik anzuwenden. Aber wahrscheinlich können sie sie nicht anwenden, weil sie sie nicht kennen.

Bezogen auf den Einsatz der Diagnostik zur Erkennung bzw. Abwendung des Risikos einer Krankheit spielt also die Risikobewertung durch den Arzt, der gleichzeitig Anwender und Anbieter einer Diagnostik ist, eine ganz entscheidende Rolle. Wir widmen diesem Thema ein eigenes Kapitel!

Versuchen wir, die letztgenannten Erkenntnisse nochmals zusammenzufassen:

1. die Diagnostik ist also doch nicht ganz so zufällig und beliebig, wie es uns zunächst erschien.
2. Die diagnostischen Schritte werden, im Gegenteil, durchaus gesteuert, allerdings
3. nicht nur – wie idealtypisch angenommen – durch das, was eine exakte medizinische Indikation vorgeben würde, sondern
4. auch durch Medien und Moden, lokale Gegebenheiten und wirtschaftliche Interessen.

Bleibt die Frage, ob es neben solcher nicht sachgerechter und von Außen kommender Steuerung nicht doch noch andere Kriterien gibt.

Letzte Anmerkung zu diesem Komplex also unter der Überschrift:

- | |
|--|
| <ul style="list-style-type: none">• Diagnostische Standards..... gibt es die? |
|--|

Mit einem „Nein“ wäre diese Frage wahrscheinlich *cum grano salis* richtig beantwortet.

Aber ganz so leicht wollen wir es uns denn doch nicht machen! Es **muß** ja doch Standards geben, wenn auch keine allgemein verbindlichen!

Vielleicht finden sich solche wenigstens für gewisse diagnostische Schritte, in definierten Bereichen, für bestimmte Symptome oder Krankheitsbilder, oder auch in bestimmten Kliniken oder Arztgruppen. Oder doch nicht?

- > Ich stolpere über „**Leitlinien**“. Sie werden von jedem herausgegeben, der sich dazu berufen fühlt. Daher gibt es derzeit in der Medizin rund 1000 Leitlinien, die schiere Masse macht sie wertlos!

- > Ich weiß von „**Qualitätszirkeln**“ der kassenärztlichen Vereinigungen, die viel zu selten angenommen werden von meinen Kollegen, höre von „Regionaler Leitlinienadaptierung“. Irgendwie mitleiderregend, kein Vorbildcharakter.
- > Und ich lese von immer neuen „**Konsensus-Konferenzen**“, die viel eher den Dissens (über das vermeintlich Richtige in Diagnostik und Therapie) dokumentieren als daß sie sich auf ein einheitliches und abgestimmtes Handeln einigen.
- > Dann gibt es den vielsagenden Begriff des HTA, **Health Technology Assessment**, was soviel bedeutet wie eine „Evaluation“ darüber, welche medizinischen Interventionen wirklich wirksam und kostengünstig sind und welche nicht. HTA als unverbindliche Schreibtischempfehlung, oder?
- > Uns begegnet der Begriff der „**evidenzbasierten Medizin**“, den eigentlich keiner so recht erklären kann, der aber soviel bedeutet wie etwa, daß es sich um eine gut begründete Diagnostik und Therapie handelt, nicht um irgend etwas Verwaschenes und Vages. Dennoch: summa summarum eher ein gepflegtes Wortgeklingel statt einer praktikablen Handlungsanweisung.
- > Und schließlich fällt neuerdings die Entscheidung darüber, was nun mit dem Patienten zu geschehen hat, dem „**Desease manager**“ zu, Der „Arzt“ ist out, es lebe der „Desease manager“. Sie haben richtig gehört, die „Krankheit wird gemanagt“, genauso wie der Mietvertrag, der Ankauf eines Autos oder das Girokonto.

Ortsbestimmung!

Wo sind wir eigentlich?

Im sozial- oder wirtschaftspolitischen Kasperltheater?

Im Managementtraining derer, die den Patienten als Wirtschaftsware sehen?

Im Club der Selbstverwirklicher und apparateverliebten Medizintechniker?

Im Spielzimmer der Gesundheitsministerinnen, die der Parteienproporz an die Spitze gespült hat?

- **Sieht** denn keiner, daß wir es eben nicht nur mit gentechnischen Methoden allein, auch nicht mit Lifestil-phantasien vom Typ der ach so modernen „Anti-Aging-Programme“, daß wir es nicht einmal mit Krankheiten zu tun haben? Sondern - wie seit Äskulaps Zeiten - allein mit kranken Menschen?
- **Erkennt** denn keiner, daß das engagierte Gespräch mit dem Patienten verdrängt wird durch die elektronische Kommunikation mit dem Diagnoseapparat? Daß sich die Ärzte – wie mal jemand formulierte – lieber Bilder machen als Gedanken?
- **Merkt** denn keiner, daß unser medizintechnischer Absolutheitsnimbus zusammen mit der Heilserwartung der Patienten unsere apparative Medizindiagnostik in die Nähe okkultistischer Phänomene rückt? Ist unser Menschenbild ver-rückt?

- **Spürt** denn keiner, daß unsere Patienten detaillierte Vorhersagen fast nie ertragen können, daß es nicht um „die Wahrheit schlechthin“ geht sondern nur um „das Gespräch“ und, wenn es eine ärztliche Sternstunde ist, um die „Wahrhaftigkeit im Gespräch“?
- **Fragt** denn keiner, warum denn das Dreieck „Medizinisch Sinnvolles“, „Technisch Machbares“ und „Ökonomisch Bezahlbares“ immer weiter auseinander driftet?
- **Reagiert** denn keiner, wenn wir zwanghaft immer wieder alles machen, was machbar ist, und gesetzmäßig jeder Todkranke mit der PEG versorgt wird, jener durch die Bauchhaut in den Magen eingeführten pflegeleichten Service-Sonde mit garantierter Sterbeverzögerung? Viele sterben zu spät und nur einige zu früh („Zarathustra“, Nietzsche).

Ich muß tief durchatmen und bin ziemlich verzweifelt bei meiner Fahndung nach Leit- und Richtlinien.

Dann aber bleibe ich bei der Suche nach derartigen Standards doch noch an einer relativ aktuellen und sehr aufschlußreichen Untersuchung hängen.

Sie lautet „Über Minimalforderungen der Diagnostik nach Myokardinfarkt“.

Die Autoren wollen für ihren Patienten wissen, wie sein Leben weitergehen könnte, nachdem er einen Herzinfarkt überlebt hat. Und welche Diagnostik sinnvoll wäre. Eine klare Fragestellung!

Hier die Quintessenz:

Mit Abstand die sicherste prognostische Aussage für den Patienten ergibt das gute alte Belastungs-EKG, ergänzt durch die anamnestisch-klinischen Befunde, die durch Befragung und Untersuchung des Kranken erhoben werden.

Eine **zusätzliche Herzkatheteruntersuchung** führt **nicht** zu einem weiteren Erkenntniszuwachs. Soweit so gut.

Doch was finden die Autoren noch? Sie finden, daß in Deutschland mit weitem Abstand dennoch die meisten Katheteruntersuchungen gemacht werden, auch – natürlich! - nach einem Herzinfarkt. Die Untersuchungsfrequenz ist genau doppelt so hoch wie in England und mehr als 4 x so hoch wie in Schweden (beides ja auch nicht gerade medizinische Entwicklungsländer).

Ich bin enttäuscht: Was als Standard gelten könnte, als sparsamer, sinnvoller und gut belegter obendrein, wird unterlaufen. Warum nur?

Dabei steht der deutschen Internisten allerliebste Sparte, die invasive Herzdiagnostik, beileibe nicht allein in der Spitzengruppe der diagnostischen Verschwender, wie wir im Ländervergleich gesehen haben.

Deutschland ist auch absoluter Spitzenreiter bei **Röntgenuntersuchungen**.

Um nur eine Zahl zu nennen:

Statistisch wird jeder einzelne Deutsche im Jahr einmal geröntgt, das sind rund 100 Millionen Röntgenuntersuchungen.

Spitzenreiter: die Wirbelsäule. Sie allein wird jährlich bei 5 Millionen Deutschen abgelichtet. Der Fachmann weiß, daß sich therapeutische Konsequenzen nur in einem verschwindend geringen Prozentsatz ergeben.

Ja, die Wirbelsäule gilt geradezu als das klassische Beispiel für die Nichübereinstimmung von Diagnostischer Methode (nämlich dem Röntgen) und klinischem Befund (nämlich den Rückenschmerzen).

Diese von niemandem bestrittene Wahrheit, daß Röntgenbilder von der Wirbelsäule nichts über die Ursache von Schmerzen genau dort aussagen, ändert nichts an der beschriebenen Tatsache von alljährlich 5 Millionen Wirbelsäulenbilder, die, alle aneinander gelegt, leicht von Flensburg bis nach Passau reichen würden.

Ganz nebenbei.

Die Röntgenärzte selbst meinen, daß man ohne Verzicht auf diagnostische Qualität mindestens auf die Hälfte der gesamten Strahlendiagnostik (rd. 1/2 Mrd. Euro) verzichten könnte.

Das allerdings käme einer Honorareinbuße in nämlicher Höhe gleich und unterbleibt daher. Ein schlimmer Webfehler im System.

Übrigens: auch hier kommen die Engländer in der Tat mit der Hälfte, exakt: sogar mit nur einem Drittel der Röntgenuntersuchungen der Deutschen aus! Und darüber, daß sich durchschnittliche Lebenserwartung, Krankheitshäufigkeit und Lebensqualität der Engländer signifikant von denen der Deutschen unterscheiden, liegen mir keine verlässlichen Zahlen vor.

Bleibt das traurige Resümee, daß es zwar viele Versuche der Vereinheitlichung diagnostischer Schritte gibt, daß aber verbindliche, allgemein akzeptierte und dann auch überall durchgeführte Schemata bis heute nicht existieren.

Es diagnostiziert also jeder recht und schlecht vor sich hin: der Landarzt für sich allein in seiner Praxis, jedes städtische Krankenhaus, jede Abteilung in einer Uniklinik. Natürlich sagen alle: „zum Besten des Patienten“.

Die Worte hör' ich wohl, allein mir fehlt der Glaube!

Ich fasse den ersten Abschnitt so zusammen:

Die allermeisten diagnostischen Methoden der modernen Medizin sind unzweifelhaft teuer. Sie bleiben auch für den, der auf eine jahrzehntelange Praxis zurückblickt, oft rätselhaft, auch für den Diagnostiker selbst. Und die Diagnostik ist allzu oft nur insofern brillant, als sie einem funkelnden Diamanten gleich eher blendet als erhellt.

Ich komme nun zu Abschnitt 2

Diagnostiker: souverän oder unkontrolliert und unsicher?

- **Zwischen brillanter Ausrüstung und technischem Unvermögen**

Das Beispiel vom Ultraschall:

Um Ihnen zu verdeutlichen, worum es mir geht, möchte ich Ihre Vorstellungskraft bemühen. Das, was Sie gleich – zumindest gedanklich - am eigenen Leib erfahren werden, ist keines Falls einfach das Produkt meiner Phantasie, sondern es geschieht tagtäglich in den Arztpraxen und Krankenhäusern landauf landab. Stellen Sie sich also vor:

Sie haben seit heute Nacht Bauchschmerzen, können sich gar nicht richtig bewegen, vor allem nicht bücken, und gehen zur weiteren Abklärung zu ihrem Arzt.

Dieser zögert nicht lange und macht eine „Ultraschalluntersuchung“ des Bauches. Vielleicht erkennt er die Gallenblase, sieht, daß Sie zwei Nieren haben und ärgert sich über zu viel Luft im Bauch. Hinsichtlich der Bauchspeicheldrüse ist er etwas unsicher. Und nachdem er nochmals auf Ihren Bauch gedrückt hat und Sie „au“ gesagt haben meint er, daß man „zur Sicherheit doch ein Computertomogramm machen“ solle.

Sie finden das auch: Es kann nichts schaden und man ist sich dann ja absolut sicher, daß es „nichts Ernsthaftes“ ist, so hoffen Sie.

Kein Zweifel: wenn das CT in Ordnung ist, dann ist da nichts Schlimmes, schon gar nicht Krebs oder so etwas.

Ich wiederhole: die Aussagekraft eines CT-Befundes ist nie fraglich, sie ist endgültig wie ein Richterspruch, unfehlbar wie der Papst und eindeutig wie das Grundgesetz.

Zweifel an der Richtigkeit eines CT-Befundes kämen einem Sakrileg gleich!

Aber das wissen Sie ja bereits. Sie verlassen die Praxis. Und Sie sind über den besorgten Arzt, der nichts „anbrennen“ lassen will, begeistert.

Was Sie nicht wissen ist, daß er Sie ein wenig hätte ausfragen sollen.

Dann nämlich hätte er erfahren, daß Sie als ordnungsliebende Hausfrau (oder als hilfreicher Ehemann) am Vortag ungewöhnlich lange und in ungewöhnlicher Haltung und ungewöhnlich anstrengend alle Ihre Heizkörper von unten und hinten gereinigt haben. Und er wäre darauf gekommen, daß Sie nahezu sicher nichts anderes quält als ein harmloser Muskelkater ihrer Bauchmuskeln.

Und weil Sie wirklich nur Muskelkater hatten, ist das CT natürlich dann auch in Ordnung und Sie sind glücklich.

Noch etwas wissen Sie nicht. Zum Glück, Sie würden es nicht glauben wollen. Daß nämlich Ihr Arzt zwar eine gallertige Schmiere auf ihren Bauch gekleistert hat und irgendwelche Signale mit dem Schallkopf seines älteren Gerätes von Ihrem geblähten Bauch auf den Monitor zauberte, aber, daß er selbst eigentlich kaum eine tiefergehende Ahnung von dem hat, was er da sieht. Und Sie wissen natürlich auch nicht, daß der einzige Grund für die veranlaßte weitere computertomographische Diagnostik kein anderer war als die fachliche Inkompetenz (oder netter: Unerfahrenheit) Ihres Doktors auf dem US- Gebiet.

Die letzte Überraschung schließlich können Sie erst recht nicht fassen: Ihr Arzt rechnet zwar permanent solche Ultraschall-Untersuchungen ab, aber es wurde nie geprüft - und auch in Zukunft wird in seiner Praxis nie geprüft werden - ob und was er da wirklich sieht oder auch nicht.

Es gibt in Bayern und wohl auch in ganz Deutschland **keine einzige Kontrolle irgend eines Ultraschallbefundes irgend eines Praktikers oder Internisten oder Urologen oder Gynäkologen** über das, was er da vor sich hin diagnostiziert oder ultraschallt. Und das bei 150 000 Geräten und – ganz grob – rund 1 Million Untersuchungen in Deutschland, und zwar pro Tag: 1 Million bezahlte Ultraschalluntersuchungen pro Tag!

Die Zahl der dabei übersehenen Krankheitsbefunde *einerseits* oder der überflüssigen Zusatz- und Ergänzungsdiagnostik (wie bei Ihnen) aufgrund fehlerhafter Interpretation *andererseits* ist schlechterdings nicht abzuschätzen. Noch weniger sind es die dadurch verursachten Kosten (das mögen in Deutschland jährlich Milliardenbeträge sein). Von der Verunsicherung der Patienten und anderen Folgeschäden unnötiger Diagnostik ganz zu schweigen.

Bei den **Röntgenuntersuchungen** ist das nicht viel anders.

Die vorhin zitierten Röntgenologen haben sich kritisch über das Können ihrer eigenen Fachkollegen ausgelassen. Sicher mit Recht! Und sie haben bei ihrer Recherche einen weiteren phänomenalen Befund erhoben. Keinen röntgenologischen, sondern einen statistischen.

Die Röntgenologen haben nämlich zwei Gruppen identisch ausgebildeter Fachärzte (mit daher weitestgehend identischem Patientengut, also beispielsweise Internisten) miteinander verglichen.

Die *eine* Internistengruppe verfügte über ein eigenes Röntgengerät, die *andere* nicht. **Ergebnis:** die Zahl der für erforderlich gehaltenen Röntgenuntersuchungen war genau 10 mal größer bei den Kollegen, die einen eigenen Röntgenapparat haben, verglichen mit jenen, die nicht über ein solches Gerät verfügen und daher den Patienten weiter schicken müssen, wenn er denn geröntgt werden soll.

Was lernen wir daraus? Daß hier eine Diagnostik nur scheinbar medizinisch indiziert ist, mit großer Wahrscheinlichkeit aber *de facto* anfänglich der Amortisation des Röntgen-Gerätes und später unmittelbar und ausschließlich dem Praxisgewinn des Doktors dient, jedenfalls zum großen Teil.

Anders ausgedrückt: technisches Können des Arztes (oder der Abteilung) oder die apparative Ausstattung sind äußerst wichtige Faktoren, welche einen direkten Einfluß auf die Art und Frequenz der Diagnostik haben.

Der Patient spielt hierbei lediglich die Rolle des Katalysators für den Start diverser Diagnosemanöver. Er wird eher selten als Betroffener gesehen, dem primär erst einmal geholfen werden soll. Dabei ahnen Sie nicht im Entferntesten, wie durchgehend dies praktiziert wird.

Oder, um noch einmal auf die Überschrift zu sehen, unter der die vorausgegangenen Gedanken stehen: Zwischen der brillanten technischen Ausrüstung, die sich amortisieren muss, und dem weitverbreiteten Unvermögen nicht weniger Diagnostiker, ihre eigenen Diagnosen zu entschlüsseln, steht der kranke Mensch – und wird nicht selten dazwischen zerrieben ...“

- **Der Wohnort des Arztes bestimmt seinen Praxisumsatz**

Sie wissen: **München** ist zugepflastert mit Ärzten: Ein niedergelassener praktizierender Arzt kommt auf etwa 600 Einwohner. In der Stadt **Hof** ist ein Arzt für etwas mehr als 1000 Einwohner zuständig: 600 : 1000. Soviel zu den Ärzten.

Schauen wir nun auf das Ausgabenvolumen der Krankenkassen.

Diese zahlen für ihre Münchener Patienten im Durchschnitt gut 50% mehr als für die Patienten in Hof.

Sind den Kassen die Leute in München sympathischer? Oder was steckt da dahinter? Denn die Versorgung durch die Mediziner in Hof ist ganz sicher nicht schlechter als die in München. Und dort sind die Patienten ebenso sicher nicht kränker als in Nordostbayern. Und sie sterben dort auch nicht eher als hier, sind nicht älter und auch nicht anspruchsvoller. Die Ärzte sind an beiden Orten sicher gleich fleißig.

Einzigster belegbarer Unterschied: In München wird pro Patient sehr viel mehr diagnostiziert, gemacht, abgerechnet und dann auch bezahlt als in Hof.

Offensichtlich aber **ohne** stichhaltig begründbare medizinische Notwendigkeit.

Es bedarf keines besonderen Scharfsinnes, um herauszufinden, daß der entscheidende Faktor für die deutlich höheren Kosten in München allein die hier größere Arztdichte ist. Mit Medizin hat das alles nichts zu tun!

- **Diagnostische Zwänge**

Irgend jemand hat einmal die Regel aufgestellt, daß man vor einer Operation eine große Zahl von Labortests machen lassen soll. Nun ist das ja auch rasch getan bei den modernen Laborautomaten. **Dennoch ist es sinnlos.**

Beweis: Keine geringere Institution als die Mayoklinik in Rochester, Amerika hat rund 4000 Patienten, die operiert worden sind, untersucht. Bei allen war vor der Operation jene berüchtigte „Laborlatte“ gemacht worden.

Ergebnis: Nur in 4% fanden sich krankhafte Werte.

Und nur in ¼ dieser Fälle, also bei insgesamt 1 von 100 Patienten, sind weitere Untersuchungen gemacht worden.

Aber die geplante Operation wurde nicht in einem einzigen von 4000 Fällen auch nur verzögert: 0%..

Fazit: Routinemäßige, präoperative Laborwerte sind ausnahmslos verzichtbar.

Trotzdem: in Deutschland wird ausnahmslos weiter vor jeder Operation dieser teure Unfug gemacht. Dem Diktat dieser Regel kann man sich schlechterdings nicht entziehen: es wird vom Chirurgen schlicht nicht operiert, ohne daß die geforderten Nonsense-Daten vorliegen.

Übrigens gibt es für das mit gleicher Penetranz angeforderte „präoperative EKG“ und das „präoperative Röntgenbild der Brustorgane“ ebenfalls keine vernünftige Begründung.

Motive zur Diagnostik: keine

Diese These – so steil in den Raum gestellt – mag Sie erstaunen, auch wenn das bisher Gesagte eigentlich keinen anderen Schluss zulässt.

Darum möchte ich Ihnen an dieser Stelle noch von zwei verschiedenen Ordinarien berichten. Beiden Beispiele belegen – auf unterschiedliche Weise – genau diese Tatsache:

Die häufigste Motivation zu einer diagnostischen Maßnahme ist „Routine“.

Sie kennen das alle: fast jeder neu aufgenommene Patient in der Klinik bekommt Röntgen-Thorax, Ultraschall Abdomen, ein EKG, die sog. Laborlatte und je nach Abteilung oder Hobby des Chefs auch mehr.

Ein gastroenterologisch orientierter wohlbekannter Ordinarius in München gab – so wird kolportiert - nach seinem Amtsantritt die Devise aus, daß jeder Patient seines Hauses eine **Gastroskopie** zu bekomme habe, jeder, gleichgültig, mit welcher Diagnose er das Haus betritt oder verlassen wird!

Ein anderer (nachdenklicherer) Ordinarius hat im **ersten** Teil eines selbstkritischen Experimentes an seinem Haus einmal seine Assistenten (ohne deren Wissen) hinsichtlich ihrer EKG-Verordnung bei Patienten-Neuaufnahmen beobachtet.

Nach dieser ersten Beobachtungsphase hat er in Teil **zwei** seines Testes angeordnet, daß bei der Anforderung eines EKG eine kurze schriftliche Begründung gegeben werden sollte. Ergebnis: die Zahl der für nötig gehaltenen EKGs sank um fast 20%. Damit das klar wird: sie sank nur, weil die Ärzte paar Zeilen schreiben mußten!

Von den dann durchgeführten EKGs war, so stellte dieser Ordinarius fest, immer noch etwa die Hälfte nicht indiziert. Und die Befundung der EKG's, so ein betrübliches Nebenergebnis, wies in etwa 25% erhebliche Fehler auf.

*Jetzt im **dritten** Teil des Selbstversuches wurden die Assistenten erstmals über die bisherigen Ergebnisse der Untersuchungen ihres Chefs über deren EKG-Anforderungen informiert. Folge: die Zahl der angeforderten EKGs sank ein weiteres Mal, wieder um mehr als 20%.*

Fazit: Selbst in medizinischen Hochburgen wird unüberlegt, sinnlos und teuer herumdiagnostiziert.

„Sollten die Ärzte nicht besser ausgebildet sein?“, drängt sich uns als Frage auf. Schauen wir uns also einen modernen Aspekt der Ausbildung an!

- Ausbildung zum Skurrilitäten-Diagnostiker
--

Unter der Rubrik „Wirtschaftsseminare für Ärzte“ wird dieser Tage in der Standespresse mit erstaunlicher Offenheit (beispielsweise von der kassenärztlichen Vereinigung Nürnberg) angekündigt: „IGEL-Leistungen – Erschließung neuer Einnahmequellen“. Eine 4-stündige Anleitung zum Abzocken des Patienten.

IGEL-Leistungen! Welch humorige Abkürzung für eine absolut überflüssige aber für die Ärzte ökonomisch durchaus lukrative Diagnostik! Diese sog. „individuellen Gesundheitsleistungen“ namens IGEL eröffnen dem Arzt die Möglichkeit, auch dort (vorwiegend apparativ-diagnostische) Leistungen gegen Bares anzubieten, wo dies nach allen Regeln der ärztlichen Kunst nicht zwingend erforderlich ist.

Beispiel 1: Es wird allen Ernstes ein Labor-IGEL-Angebot zusammengestellt mit dem Namen „Hormondiagnostik im Rahmen des Anti-Aging-Programmes“. Sie verstehen richtig: Es sollen Hormone bestimmt werden gegen das Älterwerden. Ein nicht zu überbietender Nonsens, eine kaum verklausulierte Aufforderung zum Betrug!

Beispiel 2: Wie das weibliche Geschlechtsattribut unserer Patientinnen, nämlich der Busen, unter der Sichtweise der IGEL-Experten zu einem im wahrsten Sinne des Wortes sprudelnden Geldquell wird. Und das geht so: Man presst die Brustdrüse zunächst zwischen die Röntgenplatten des Mammographiegerätes, macht ein Bild und kassiert. Dann drückt und quetscht man schließlich so lange an diesem Körperteil, bis ein Tröpfchen von Irgendetwas aus dem Drüsenkörper quillt. Ein befreundeter Gynäkologe verriet mir, daß man für eine Geld bringende zytologische Untersuchung immer etwas Flüssigkeit gewinnen könne, und wenn es der Angstschweiß der Patientin sei. Wie man diesen diagnostischen Zirkus nennt? Man nennt dies das „Ab-IGELN der weiblichen Brust“.....

Zwanglos führt mich dies zum nächsten Stichwort! Nämlich dem Screeningprogramm gegen Brustkrebs! Einige Zahlen, die man eher selten hört:

- Nach seriösen Angaben werden in Deutschland jährlich 100 000 Frauen aufgrund falscher Brustkrebs-Diagnosen, also **fälschlicherweise**, operiert. Damit kommen auf eine mit Recht an Mamma-Ca operierte Patientin zwei, die operiert werden ohne einen Brustkrebs zu haben!
- zwei Drittel aller Mammographie-Geräte in Deutschland, mit denen diese Frauen untersucht worden sind, genügen nicht den geforderten Qualitätsansprüchen!
- die zunehmende Untersuchungs- also Mammographie-frequenz in Deutschland hat bisher nicht zu einer Abnahme der Brustkrebssterblichkeit geführt.

Mein Fazit: diese Methoden sind nur an wenigen Stellen idealiter vorhanden, ansonsten aber unausgereift, problembeladen, im Ergebnis fraglich; es gibt keine unwidersprochen positiven Resultate, sodaß die Standarduntersuchung, nämlich die Mammographie, wie sie heute geübt wird, im Deutschen Ärzteblatt unwidersprochen als „russisches Roulette“ bezeichnet werden darf.

Und ich bin sicher, daß die Zahl der Menschen, die vom Krebs leben, größer ist als die Anzahl jener, welche an ihm sterben

Im übrigen schaut jeder TÜV genauer nach unserem Uralt-VW, jeder Kaminkehrer exakter nach den CO-Abgaswerten bei unserer Ölheizung und jeder Förster sachkundiger nach den Waldschäden als wir tumorsuchenden Mamma-Diagnostiker dies bei den uns anvertrauten Patientinnen tun!!

Natürlich gibt es auch glückliche Verläufe, diese sind selten und ganz sicher die Ausnahme, nicht die Regel.

In Klammern weise ich auf das Buch von Ursula **Goldmann-Posch** hin, die unter dem Titel **„Der Knoten über meinem Herzen“** hoch kompetent ihre Odyssee mit all ihren schlimmen Erlebnissen schildert und glasklar beschreibt, wie lückenhaft, fehlerhaft, dilettantisch und inkompetent sich Mediziner verhalten auf einem Gebiet, in dem doch alles so klar, so wohl definiert und so „evidence based“ sein soll.

Aber das ist noch nicht alles auf meiner langen Liste! Eine vielsagende Kuriosität muß ich Ihnen noch erzählen:

Vor vielen Jahren habe ich mich vor einem ähnlichen Gesprächskreis und ähnlicher Thematik darüber geärgert, daß meine Arzt-Kollegen sich mit ihrer bildgebenden und kathetervermittelten Diagnostik bevorzugt auf die ebenso lukrative wie werbewirksame und prestigefördernde Kardiologie stürzen (wir sprachen darüber, denn das ist heute noch so!), daß sie aber den wenig appetitlichen und schamhaft verleugneten Darm völlig vernachlässigen würden.

Alle sprachen damals und sprechen heute von der „Herzstiftung“ und „Kampf dem Herztod“.

Eine After- Lobby oder eine Dickdarm-siftung beispielsweise gab es damals nicht.

Doch jetzt auf einmal haben die Kollegen auch hier, im unteren Verdauungstrakt alles abgegrast. Sie suchen und finden neue Betätigungsfelder und Verdienstmöglichkeiten und sie erobern sich nun labortechnisch, apparatemäßig, vor allem aber endoskopisch den Darm. Stinkende Fäkalien zu klingender Münze: **das** ist die Triebfeder, nichts anderes, so scheint es zumindest auf den ersten Blick!

Von dem Fernseh-Entertainer Harald Schmidt wissen wir, daß er sich alle 2 Jahre den Darm spiegeln läßt, weil er sich als Hypochonder (Eigenzitat!) so vor dem Darmkrebs sicher wähnt, sagt er. Welch Irrglaube!

Alle alten und neuen Vor- und Nachsorgeprogramme für den Darmkrebs haben bis zum heutigen Tag nicht zu einer entscheidenden Abnahme der Darmkrebstodesfälle geführt!

Mein **zusammenfassender Schlußsatz** dieses Abschnittes ist ernüchternd:

Der Diagnostiker ist all zu oft unsicher, weil inkompetent. Und verunsichernd, weil nicht kommunikationsfähig;

Er handelt weithin unkontrolliert, weil sein Interesse am kranken Menschen verkümmert scheint und er seine apparativen Möglichkeiten überschätzt; als hochgelobter Spezialist verliert er zwangsläufig den Gesamtüberblick.

Und die Souveränität des Diagnostikers lasse ich gelten allenfalls für seinen Auftritt in der Praxis, sein Verhalten im Krankenhaus oder seine Allüren im Chefzimmer.

Nun zum letzten Teil, zu Abschnitt 3

Diagnosen: hilfreich oder *unbestimmt und düster* ?

Ein besonders düsteres Kapitel der modernen Medizin gleich zu Beginn:

- Erfundene und unsinnige Diagnosen
--

Um zu entscheiden, ob Diagnosen sinnvoll oder unsinnig, ob sie erfunden sind oder ein tatsächliches medizinisches Korrelat haben, müssten wir zunächst klären: Wer legt eigentlich den Nutzen – und damit die Sinnhaftigkeit und den Realitätsbezug – einer diagnostischen Maßnahme fest?

- Der **Patient**? Er sagt, daß er Wegweisendes und Gutes und natürlich Hilfe von der neuen Diagnostik erwartet. In Wirklichkeit aber fordert er alles nur Denk- und Machbare ein!
- Der praktische **Arzt**? Er sagt, daß er dem Patienten helfen will. In Wirklichkeit aber wendet er diese oder jene Methode an, weil er an sie glaubt und weil er damit Geld verdient!
- Der **Hersteller** des Equipments? Er sagt, daß er dem Patienten helfen will. In Wirklichkeit aber trachtet er nur, seine Geräte zu verkaufen!
- Das **Krankenhaus**? Es sagt, daß es dem Patienten helfen will. In Wirklichkeit aber möchte es seine Reputation steigern und keine Verluste machen!
- Die **Krankenkasse**? Sie sagt, daß sie dem Patienten helfen will. In Wirklichkeit aber verspricht sie im harten Wettbewerb um ihre Versicherten jedem alles!
- Der **Politiker**? Er sagt, daß er dem Patienten helfen will. In Wirklichkeit aber handelt er nur aus Eigennutz und Parteienproporz!

Wer von diesen genannten Gruppen entscheidet nun über den Nutzen einer Diagnose?

Ich fürchte, wir müssen die Frage offen lassen, obwohl wir sie dringend beantworten **müssten**.

Besonders, wenn wir im Folgenden hören, welchen teuren **diagnostischen Nonsens** wir uns leisten!

Einige exemplarische Beispiele für solche neueren, lawinenartig über die Patienten gekommenen, z.T. von ihnen geforderten, weitestgehend sinnlosen diagnostischen Methoden:

Da ist die Osteodensitometrie, die Knochendichtemessung, eingeführt vor etwa 10-15 Jahren. An der sich die Gerätehersteller und Ärzte dumm und dusselig verdient haben, bis den Kassen der Nonsense auffiel und sie die Honorierung so drastisch senkten, daß diese medizinische Sumpflüte wieder weitgehend verschwunden ist, bis auf die wenigen – vielleicht - nützlichen Untersuchungen in Spezialabteilungen.

Die Reihe derartiger Nonsense-Diagnostik, ausgelöst durch frei erfundene „neue Krankheitsbilder“, ist lang.

Solche Neuschöpfungen bekommen dann einen interessanten Namen – besonders attraktiv die in englisch -, wie z.B. das „**chronic fatigue Syndrom**“, das Syndrom der chronischen Müdigkeit. Als Sammelbecken der Mühseligen und Beladenen, der Frustrierten und Ausgepowerten, der Drückeberger und Sinnentleerten. Nichts anderes als der Ausdruck und die Antwort des Körpers und der Seele auf die immer hektischere Folge von Arbeit und Muße, auf das Unvermögen, Wichtiges von Unwichtigem zu unterscheiden. Ich führe das jetzt nicht weiter aus.

Ein weiteres Stichwort in dieser karnevalistischen Serie ist das „**MCS-Syndrom**“, jenes geheimnisvolle Krankheitsbild, bei dem die Betroffenen auf schier nicht meßbar geringe Konzentrationen von chemischen Substanzen mit einem schillernden Symptomenspektrum reagieren. Dies eröffnet dem MCS-Experten nahezu endlose chemische Blutanalysen aber auch Entgiftungstherapien, allesamt für viel Geld und allesamt ohne jeden Nutzen.

Die hoch modische **TCM** (Traditionelle Chinesische Medizin) gehört ebenfalls hierher!

Schließlich erwähne ich das sog. „**Schlafapnoe-Syndrom**“ – die Keimzelle einer ganz neuen Medizin-Sparte. Es geht um das seit Urzeiten bekannte Phänomen, daß vorwiegend ältere, dickliche, dem Alkohol zugewandte Männer des Nachts vor sich hin schnarchen und gelegentlich wohl auch Atempausen haben.

Daß sie dadurch ihren Ehefrauen mitunter den Schlaf rauben, ist die eine Seite des Syndroms. Die andere, daß im Zeitalter fallender Tabugrenzen nun die Ehefrauen ihrerseits mehr oder weniger offen von den (bislang hinter verschlossenen Schlafzimmertüren verborgenen) akustischen Erlebnissen der Nacht berichten. Ihrem Hausarzt beispielsweise.

Das nun wiederum hat Folgen ungeahnten Ausmaßes.

Auf diese Weise sind nämlich die Unregelmäßigkeiten im Schnarchrhythmus auch der helfenden und heilenden Zunft der Ärzte zu Ohren gekommen.

Die für den in Markt-, Werbe- und Wirtschaftswissenschaften Erfahrenen jetzt eigentlich vorhersagbare Folge dieses (zunächst nur akustischen) Reizes ist ein geradezu **beispielhafter Ablauf von neun kaskadenförmig sich selbst perpetuierender Entwicklungsstufen**, die ich Ihnen just anhand dieses „Schlafapnoe-Syndroms“ jetzt schildern möchte:

1. *Es wird ein **Bedarf geweckt** für ein neues, bisher nicht vorhandenes, Gewinn versprechendes Betätigungsfeld. Nichts leichter als das: 20-30% der Bevölkerung klagen über Schlafstörungen, viele schnarchen. Wer wollte nicht davon los kommen?*

Ergebnis 1: Wir verfügen über einen medizinischen Bedarf!

2. Man sucht einen **neuen Krankheitsnamen** mit interessant klingender Abkürzung. wir erfinden die „SBAS“, die „**schlafbezogene Atmungsstörung**“), wir reden von „Para- oder Dyssomnien“ (intrinsischen und extrinsischen, versteht sich) und wir haben die „**Somnologie**“ entdeckt.

Ergebnis 2: Es existiert nun eine ehrfurchtgebietende Nomenklatur!

3. Es werden **Apparatehersteller** kontaktiert, die uns verstehen und ein tolles und teures Gerät bauen, das ganz viele Parameter mißt. Wir geben ihm logischerweise den Namen „**Polysomnograph**“. Der Proto-typ für uns ist gratis, später wird man fünf- bis sech-stellige Eurobeträge bezahlen müssen.

Ergebnis 3: Es steht uns eine spezifische diagnostische Apparatur zur Verfügung!

4. Selbstverständlich wird **höchst wissenschaftlich** gearbeitet. Es fällt eine Habilitation ab, mehrere Doktorarbeiten und eine unüberschaubare Zahl von Publikationen, in allen steht das gleiche. Daß man sich unterdessen ein „**Schlaflabor**“ geschaffen hat, bedarf keiner Diskussion.

Ergebnis 4: Unser neues Spezialgebiet bekommt den Anstrich der Wissenschaftlichkeit und wir verfügen über Speziallabors!

5. Wir werden berühmt, stellen „Standards“, „diagnostische Leitlinien“ und „Klassifizierungen“ auf, halten (mit freundlicher Unterstützung durch die Firma „Somna-tec“) Kongresse ab, gründen eine **eigene Zeitschrift**, dann die „DGSM“, die „Deutsche **Gesellschaft** für Schlafmedizin“ und beantragen die Schaffung eines „**Facharztes** für Somnologie“ („Schlafärzte“).

Ergebnis 5: Wir verfügen über eigene Zeitschriften und Gesellschaften!

6. Es formieren sich Expertenebenen für somnologische Tests, alles wird sehr praxisnahe und es gibt **Qualifikationen für die Abrechnung**, ich zitiere wörtlich: „Da die ambulanten 4-Kanal-Verfahren nicht den Schlaf ...messen,.. sind sie nicht primär zur Differentialdiagnostikgeeignet. Sie haben sich dennoch ihren Platz in der ambulanten Diagnostik gesichert.“

Ergebnis 6: Wir haben die größte Hürde bewältigt und verfügen nun über eine eigene Abrechnungsziffer!

7. Die Schlaf-Lawine ist nun nicht mehr aufzuhalten. Jede **Uni** hat eine **Schlafabteilung**, es gibt unterdessen in Deutschland mehr als 200 **Schlaflabors**, bald gibt es den ersten **Schlafordinarius**. Eine eigene **Homepage** beweist die Wichtigkeit dieser Institution. Sie erklärt, daß die Tschernobyl-Katastrophe im Grunde durch Übermüdung ausgelöst worden sei. Zwingenden Schluß: allein die Schlafmedizin hätte Tschernobyl verhüten können.

Ergebnis 7: Wir sind jetzt endlich auch in allen Medien und allen Unis präsent.

8. Irgendwelche **Zweifel** an der Sinnhaftigkeit des Ganzen wagt nun keiner mehr zu äußern: dies würden für eine schier obszöne Ignoranz des Fragenden oder für seine destruktive Kritiksucht sprechen. Im übrigen lassen sich die bisher verursachten Kosten nur ganz grob abschätzen, dürften aber mit mehreren 100 Millionen Euro pro Jahr eher zurückhaltend angegeben sein.

Ergebnis 8: Wir verfügen über gewaltige Budgets und haben Arbeitsplätze geschaffen.

9. Die neue Methode ist **definitiv etabliert**, hat sich einen festen Platz in der medizinischen Hierarchie erobert. Auf allen Ebenen dringt sie krakenhaft und infiltrativ in unser Luxusgesundheitswesen ein: reich an Kosten.

Ergebnis 9: Ziel erreicht, der Gesundheitsmarkt boomt und der Patient hat als somnologisches Wirtschaftsgut schlafend seine Pflicht getan.

Ich habe keine Angst, mich zu blamieren, will nur leise spotten und ziemlich beklommen abschließend noch drei Dinge zu diesem Phänomen anmerken.

1. Ein ganzes Heft **der** deutschen internistischen Fachzeitschrift schlechthin befaßte sich (vor noch nicht allzulanger Zeit) mit eben dieser Thematik. Ich habe es nochmal durchgeblättert um mich wirklich kundig zu machen.

Und da lese ich den Satz: "...gibt es keine Untersuchungen über die Güte der Methoden...".

Mein Kommentar: Die selbsternannten Somnologen machen da diagnostisch etwas, was (nicht nur methodisch) völlig in der Luft hängt. Sie haben im Grunde ein zum Selbstzweck pervertiertes Diagnosesystem inauguriert.

2. Schließlich findet sich in dem ganzen Heft nicht ein einziges Ergebnis darüber, ob und welche therapeutischen Konsequenzen sich mit welchem Vorteil für den Patienten aus dieser somnologischen Diagnostik ergeben. Damit verführen die Somnologen ihre Patienten zu unkritischem diagnostischen Medizinkonsum.

Mein Kommentar: Eine Diagnostik ohne therapeutische Konsequenzen und ohne einen irgendwie nachweisbaren Nutzen für die Patienten ist inakzeptabel.

3. Abschließend ein letztes Zitat aus jenem hochwissenschaftlichen Journal. Es könnte als das ebenso kryptische wie demaskierend formulierte Credo der Somnologen gelten: "...umfassende Diagnostik ..., die im Hinterfragen der vom Computer vorgeschlagenen ...Auswertung besteht."

Mit anderen, meinen, Worten: Ich benutze die Diagnostik am Patienten, um den Computer zu überprüfen.

Mein Kommentar: kein Kommentar mehr!

Wir verlassen dieses Gebiet. Ich möchte Ihnen allerdings die einzige Grundwahrheit, die auch ich für das somnologische Gebiet gelten lasse, nicht vorenthalten:

Die Somnologen haben unter der Überschrift „Ursachen einer inadäquaten Schlafhygiene“ mit Recht darauf hingewiesen, daß dazu gehören:

- „erregungssteigernde verstärkte körperliche Aktivität vor dem Schlafengehen“ und das Gegenteil davon, nämlich
- „verstärktes Grübeln im Bett“....

Aber vielleicht hätten Sie auch ohne somnologische Vorbildung gewußt, daß man während dieser beiden Situationen nur im Wortsinn aber eben nicht eigentlich (miteinander) „schläft“, oder auch nicht.

- Lebensgefährliche Diagnosen

Zu Tode diagnostiziert... Oder: Diagnostik mit tödlichen Folgeschäden.

Jeder von uns kennt solche Sätze. Das Geschehen ist oft schwer erklärbar und kaum zu verstehen. Es wird aber dann unerträglich, wenn ausschließlich der finanzielle Aspekt deutlich erkennbar zur eigentlichen Indikation diagnostischer Maßnahmen wird.

*Ich zitiere aus einem der letzten **Briefe**, die ich während meiner ärztlichen Tätigkeit bekommen habe. Er vermeldet mir den Tod einer Patientin. Ich kannte sie gut. Sie lag 4 oder 5 Monate vorher bei uns im Krankenhaus. Sie war äußerst aktiv, gebildet und engagiert. Eine sympathische ältere Dame. Dann hatte sie einen cerebralen Insult, einen **Schlaganfall** erlitten. Sie war gelähmt, aphasisch, also sprachlos, schwerstens hirnorganisch verändert.*

*Eine Besserung der akuten Schädigung oder Anzeichen einer Rehabilitation waren trotz intensiver Bemühungen und wochenlanger stationärer Behandlung und liebevoller Pflege nicht eingetreten. Der **Zustand verschlechterte sich** allmählich immer mehr. Wir mußten sie in ein Pflegeheim verlegen.*

*Dabei haben wir bei einer gynäkologischen Blutung und Verdacht auf ein Karzinom bewußt auf die weitere **Abklärung verzichtet**, die Patientin gab keinerlei Schmerzäußerungen von sich, sie lag nahezu komatös, also regungs- und reaktionslos in ihrem Bett. Aber sie hatte einen besonders gefährlichen und ihr weiteres Schicksal bestimmenden Risikofaktor: Sie war privat versichert. Sie wissen: die abrechnungstechnisch GOÄ 2,3-fache Verdienstmöglichkeit der Ärzte!*

Das führte zur Aufnahme in eine gynäkologische Klinik. Etwas später erhalte ich den erwähnten Arztbrief Hier einige Stichworte:

- nochmalige eingehende internistisch-apparative Untersuchung (präoperativ natürlich),
- umfassende neurologische Untersuchung zum Ausschluß eines Hirntumors mit CT etc,
- weitere urologische Untersuchungen inclusive Urogramm, abdominellen CT,
- und schließlich große gynäkologische Operation, Bluttransfusionen, maschinelle Beatmung, Herz- und Kreislaufstillstand.
- und dann: „Wir bedauern, Ihnen keinen günstigeren Verlauf mitteilen zu können, mit freundlichen kollegialen Grüßen“.

Soll ich jetzt sachlich feststellen, daß damit wieder ein Mensch seine letzte Bürgerpflicht erfüllt hat, nämlich unter Ausnutzung aller Apparate auf einer deutschen Intensivstation zu sterben?

Oder darf ich traurig sein darüber, daß meine Patientin sich nach dieser sinnlosen diagnostisch-therapeutischen Tortur dem weiteren würdelosen Terror der Lebenserhaltungs-apparate nur durch ihren Tod hat entziehen können? Daß wir Ärzte sie um ihr eigenes Sterben betrogen haben?

Wir sind mitten in der Thematik „Diagnostik ohne therapeutische Konsequenzen“ und schließen mit wenigen Sätzen über „Fehldiagnosen“ unsere Überlegungen über das HINTERGRÜNDIGE bei der Diagnostik ab!

- Millionen Fehldiagnosen!

Also:

Moderne Diagnosemöglichkeiten und Fehldiagnose!

Sollten sich Letztere nicht drastisch vermindern haben in den letzten Jahrzehnten?

Durch die hilfreichen neuen Diagnosemöglichkeiten?

Um es gleich zu sagen: die Rate der Fehldiagnosen hat trotz aller Technik, aller brillanter bildgebenden Verfahren, aller filigraner biochemischen Verfahren im molekularen Bereich, aller mikrotechnischen Methoden nicht abgenommen:

- 60% der tödlicher Lungenembolien bleiben unerkannt,
- 10% aller abschließenden Diagnosen (Uni-Klinik!) sind (bioptisch gesichert!) falsch,
- 10% der diagnostizierten Krankheiten liegen gar nicht vor,

Und wir stellen fest:

die neueren Methoden haben die Zahl der Labortests und die der Standard-Röntgenuntersuchungen nicht gesenkt, im Gegenteil! Der Stoßseufzer eines befreundeten Internisten.....„die Röntgentüten werden immer dicker, die Laborbefunde immer umfangreicher...cui bono?“

Kein Ersatz der älteren Techniken sondern zusätzliche Anwendung der neuen Techniken als finanzieller Aberwitz und strahlenhygienisches Verbrechen!
Denn: nur zwei diagnostische Methoden, nämlich das CT und die Angiographie sind für 50% der gesamten medizinischen Strahlenbelastung verantwortlich.

Noch etwas kam bei den kritischen Kieler Untersuchern heraus, deren Ergebnisse ich soeben zitiert habe. Und zwar hinsichtlich der so hoch gepriesenen diagnostischen Sicherheit der neuen Methoden: Nur bei jedem 3. Patienten lieferten diese neuen Methoden wegweisende Befunde; aber: bei 7% der Kranken führten sie in die Irre.

Wie kann das alles sein?

- die neuen Methoden werden überschätzt,
- verlässliche alte Praktiken geraten zu früh in Vergessenheit,
- neu inaugurierte Befunde werden falsch interpretiert,
- es liegt zu wenig Erfahrung vor,
- die Grenzen der neuen Methode werden nicht gesehen

Seien wir auch bei der **Zusammenfassung** dieses letzten Abschnittes ehrlich und realistisch. Geben wir also zu, daß die Diagnosen, gestellt von souveränen aber auch unsicheren Diagnostikern mit Hilfe einer brillanten aber auch rätselhaften Diagnostik, daß diese Diagnosen unbestimmt und düster sein können. Und hilfreich, allerdings seltener für die Patienten und häufiger für die, welche die Diagnosen in klingende Münze zu verwandeln verstehen.

Denn: die Medizin hat sich die Spielregeln des Kapitalmarktes und die Gesetze des wirtschaftlichen Konkurrenzkampfes zu eigen gemacht, zumeist unter Verdrängung ihrer ureigensten Aufgaben.

Hintergründiges zur Diagnostik.....

Was bleibt, nachdem in der vergangenen Stunde Verborgenes ans Licht gezerrt, Geheimes offenbart und Idealvorstellungen zerschlagen wurden?

Was will dieser Versuch einer Entmythologisierung des modernen medizindiagnostischen Apparates bezwecken?

Nun: meine Anmerkungen sollten zunächst einmal **informieren**, und zwar redlich und selbstkritisch, vielleicht ein bißchen polemisch: die nackten Tatsachen interessieren, nicht die neuen Kleider.

Ich fordere absolute Ehrlichkeit, nichts sonst. Und ich möchte zu mehr Vernunft und Nachdenklichkeit aufrufen. Und zu mehr Mut! Zu der Courage nämlich, auch einmal auf eine diagnostische Methode zu verzichten.

Gestatten Sie als **vorletzten Satz** ein ganz persönliches Credo:

Nie in meinem Leben bin ich befriedigender ärztlich tätig und den Patienten näher gewesen, als in Nepal oder den Slums von Kalkutta und Nairobi, wo neben meinen Augen, Ohren und Händen allein eine Taschenlampe mit Spatel und ein Stethoskop mein diagnostisch-apparatives Spektrum darstellten.

Den **allerletzten Satz** wollte ich ursprünglich überschreiben mit: „Zusammenfassung und Trost“. Doch ich habe keinen rechten Trost. Im Gegenteil: ich fürchte, es wird in Zukunft eher noch schlechter mit und in unserem Gesundheitssystem.

Es sei denn, **wir Ärzte** fügen unserem diagnostisch-therapeutischen Spektrum nun doch noch eine weitere, ganz neue Methode hinzu: nämlich, auf unseren Patienten zu hören und mit ihm zu reden.

Und für die **Patienten** unter uns gilt entsprechend: meiden Sie schweigende Mediziner und suchen Sie statt dessen sprechende Ärzte, sie sind selten, aber noch gibt es sie.

Vor all diesen **Ab- und Hintergründen** danke ich für Ihr geduldiges Zuhören und freue mich auf ein Gespräch mit Ihnen.