

## „Was Medizin ausrichten und verantworten kann“ (als Arzt im fernen Afrika und im nahen Deutschland)

### Teil 2 „...im nahen Deutschland...“

Vortrag im Rahmen des evangelischen Bildungswerkes am 3.VI. in Rügheim  
(Prof.Dr.E.Uhlich, Hofheim)

Nachdem wir uns vor 3 Wochen mit den erschreckenden, ja, fast apokalyptischen Problemen, die der Medizin in Afrika aufgegeben sind, auseinander gesetzt haben (Stichwort AIDS) nun nach Deutschland. Ich werde mit Ihnen **10 Punkte** diskutieren.

Wenn ich zu Beginn den Unterschied der Medizin in beiden Regionen mit einem Satz sagen sollte, würde er so lauten: Die dritte Welt krankt an zu wenig, die Industriestaaten wie Deutschland leiden an zuviel Medizin!

Ich will das gleich an einigen Beispielen erläutern und dabei auch aus unserer unmittelbaren Umgebung berichten. Von dem nämlich, was uns in Hofheim gerade bewegt: Es ist das klassische Beispiel einer schlimmen Mischung von politischen Fehlentscheidungen, Parteienproporz, Unwissenheit und Entscheidungsschwäche.

Doch zunächst einige Tatsachen, die Sie verwundern werden, die aber zum Verständnis unseres Themas wichtig sind: Warum nämlich Medizin im Endeffekt doch so wenig ausrichten kann. Und warum dieses „Zuviel“ auf der einen und das „Zuwenig“ auf der anderen Seite auch kaum verantwortet werden kann – unser Thema!

#### 1. Der Nimbus der diagnostischen Kunst der deutschen Ärzte!

Wir fragen kritisch: ist diese Diagnostik wirklich so *brillant*? Oder ist sie nicht auch *rätselhaft und teuer*? Und ist sie nicht auch sehr *beliebig* oder gar *zufällig*?

Ich nenne als Beispiel den **Herzkatheter**.

*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 2003 werden in Deutschland rund 600.000 (also 0,6 Millionen) Herzkatheteruntersuchungen durchgeführt werden, ob's nötig ist oder nicht. Das sind pro Einwohner doppelt so viele wie in England und viermal mehr als in Schweden (die mittlere Lebenserwartung liegt in allen drei Ländern im gleichen Bereich!)*

*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 Katheterschlauch 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 ihren 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!*

Das gilt für den Herzkatheter! Irgendwo in Deutschland. Das gilt nicht für die Medizin in Hofheim! Oder doch? Ich nenne Ihnen ein Beispiel, das nachdenklich macht und das meiner Meinung nach haargenau hierher paßt.

Nehmen wir die Untersuchung der Bauchspeicheldrüse und der Gallenwege mit Hilfe eines Endoskopes. Diese technisch aufwendige und nicht ganz billige Untersuchung hat den Namen „ERCP“. Bei einem normalen Patientengut ist diese Untersuchung nicht allzu häufig nötig. Als ich noch im KH Hofheim tätig war, wurde diese Untersuchung etwa 15 mal im Jahr gemacht.

In den folgenden Jahren leitete ein sehr speziell ausgebildeter Arzt dieses gleiche Krankenhaus mit den gleichen Patienten. Und was geschah? Die diagnostische Untersuchung jener erwähnten „ERCP“ war von Stund an genau 15 mal häufiger notwendig als noch im Jahr vorher. Ein Anstieg dieser Untersuchungsmethode um 1500%. Hat da ein Hyperspezialist sein Handeln allein mit seiner Qualifikation begründet? Hat jemals einer gefragt, ob alle diese höchst kostenintensiven Leistungen überhaupt erforderlich waren? Kann es sein, daß man sich allein deshalb diagnostischer Leistungen bedient, weil sie angeboten werden? Kaufen wir nicht auch im Supermarkt gelegentlich nur deshalb etwas, weil es einfach nur daliegt, verlockend bunt und als Sonderangebot angepriesen...?

Wir merken uns: **die diagnostische Beliebigkeit weckt Zweifel an einer ausschließlich medizinischen Indikation für die genannten, im Prinzip aber 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** in dieser Situation viel Verständnis.

Ist es nicht in der Tat aufregend, begeisternd und schick, fast filmreif, wenn man beispielsweise 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 seine Krankheit!**

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

Und beim **Arzt**? Er kann oftmals der Gefahr, immer all das zu diagnostizieren, was überhaupt diagnostizierbar ist, nur schwer widerstehen. 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“.

Das, genau das ist für mich der Weg aus der sogenannten „Fortschrittsfalle in der Medizin“! Ärzte, die bedarfsgerecht, kompetent, bescheiden und verantwortlich für den Patienten sorgen, statt an ihm zu arbeiten und mit ihm zu verdienen....

Und wenn der Landrat sagt: „die Neustrukturierung der Häuser müsse sich an den gravierenden Änderungen in der Medizin ausrichten, um in Zukunft bestehen zu können“ meint er hoffentlich nicht, daß in jedem Haus bei jedem Patienten immer jede Untersuchung gemacht werden sollte, denn das sind nicht die gravierenden Änderungen in der Medizin...!

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:

<p><b>2. Ist Diagnostik steuerbar? Wird sie beeinflusst? Von wem und wodurch?</b></p>
---

Wir alle kennen die Maxime:

Der **diagnostische Aufwand** sollte sich im Idealfall prinzipiell nur nach dem Interesse des Patienten richten (*salus* oder *voluntas aegroti*, also dem Heil und dem Willen des Patienten). Zusätzliche Bedingung: die Diagnostik soll ausreichend, alles Notwendige einschließend und wirtschaftlich 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 **ökonomischen** bzw. **marktwirtschaftlichen** Kriterien.
- Die Diagnostik unterliegt **modischen** Schwankungen und wird von allen **Medien** (insbesondere dem Fernsehen) ungut **beeinflusst**
- Wenn sich im Gesundheitsmagazin beispielsweise Frau Dr. Kühnemann - selbstverständlich assistiert von professoralen Gesprächspartnern - über den raschen und schmerzfreien sonographischen Nachweis von Kalkablagerungen in der Halsschlagader verbreitet. Dann steigt die durch Patienten angemahnte Gefäßdoppler-untersuchung am Folgetag in den (dazu ausgerüsteten) Arztpraxen im zweistelligen Prozentbereich.
- Die Diagnostik ist, wie wir gesehen haben (Herzkatheter!), vom Wohnort des Patienten abhängig.
- 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 überholten, älteren führen.

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

Wir sprechen gerade von der medizinische Diagnostik. Und die Anwendung der unterschiedlichen diagnostischen Methoden wird natürlich geprägt von der Bewertung des Risikos, daß der Patient eben eine bestimmte Erkrankung hat.

Dabei ist es die Aufgabe des Arztes, die Höhe dieses Krankheitsrisikos und die Gefährlichkeit der vermuteten Krankheit abzuschätzen. Denn dies steuert wiederum was alles an Diagnostik anzuwenden ist. Und es bestimmt damit das Verhältnis von Quantität und Qualität aller notwendigen diagnostischen Maßnahmen.

Sie ahnen schon, daß sich hier ein extrem breiter Handlungsspielraum für den Arzt eröffnet! Und Sie erkennen, daß der Erfahrene viel weniger Diagnostik braucht als der Unerfahrene. Im Krankenhaus wissen die Labor- und Röntgenmitarbeiter schon allein aus der Tatsache, wie oft sie in der Nacht gerufen werden, wie erfahren oder wie neu der jeweilige diensthabende Arzt ist.

Zurück zum Risiko!

Wenn „Risiko“ definiert ist als 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, an die vielen sinnlosen „Vorsorge- und Igel-Programme“ (wir kommen noch darauf zurück) und vieles andere.

Eines der eklatantesten Beispiele der letzten Zeit ist die medienverursachte absolut irrealen **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, 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 mittelbaren und unmittelbaren 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. 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.

Es bleiben eine Reihe von Fragen offen!

Etwas diese:

- **Sieht** denn keiner, daß wir es nicht nur mit diagnostischen Methoden allein, ja, 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 lieber Bilder machen als Gedanken? Und auch noch stolz darauf sind!
- **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 über den weiteren Krankheitsverlauf 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 Bezahlbare“ immer weiter auseinander driftet?
- **Reagiert** denn keiner, wenn wir zwanghaft immer wieder alles machen, was machbar ist. Und nahezu 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 für eine sinnvolle Diagnostik.

Ich habe mich vorwiegend mit meinem, dem internistischen Fachgebiet befaßt.  
Doch 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: die Engländer kommen exakt 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.*

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

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

### 3. Der Diagnostiker: souverän oder *unkontrolliert und unsicher*?

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 stelle fest: 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 wären so etwas wie Gotteslästerung!

*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 gleiche Rolle wie der Anlasser meines Autos beim Start! Dort fährt das Auto los, hier beginnt eine Kette 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 nochmal anders formuliert: 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 zwischen beiden zerrieben ...

Wenn Sie jetzt erschrecken, kann ich das gut verstehen! Sie, die Patienten sind ja auch in einer schwierigen Situation: Sie haben schlechterdings keine Chance, festzustellen, ob und wie gut Ihr Arzt ist.

- Bei Ihrem Friseur können Sie sehr gut im Spiegel sehen, ob er sein Handwerk versteht.
- In Ihrer Autowerkstatt ist das schon schwieriger: Hier werden sie nur wieder hingehen, wenn Ihr Auto nicht gleich an der nächsten Ecke wieder stehen bleibt.
- Bei einem Anwalt, der sich für Sie mit Ihrem idiotischen Nachbarn auseinander setzen soll, wissen Sie auch erst in der Hauptverhandlung im Gerichtssaal, ob er Sie raus- und den Prozeßgegner in die Pfanne haut.
- Aber beim Arzt, bei dem es unter Umständen um Leben oder Tod geht, und zwar um das Leben oder Sterben von Ihnen höchstpersönlich, haben Sie kaum eine Chance, abzuschätzen, wie er als Mensch, als Arzt oder als Wissenschaftler (in dieser Reihenfolge!) ist. Aber das wäre ein neuer Vortrag! Wir setzen unsere Betrachtungen mit dem nächsten Punkt fort, der Sie auch wieder erstaunen wird!

#### 4. 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 für beide Orte.

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, weit mehr diagnostisch gemacht, voluminöser abgerechnet und dann natürlich 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!

Gleich noch ein weiteres erstaunliches Phänomen aus dieser Rubrik der wenig bekannten Besonderheiten unserer Medizin im nächsten Punkt:

## 5. Diagnostische Zwänge verursachen unnütz hohe Kosten

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 für die Sinnlosigkeit dieser Routine:*

*Keine geringere Institution als die Mayoklinik in Rochester, Amerika (eine der berühmtesten Kliniken der Welt) hat rund 4000 Patienten, die operiert worden sind, untersucht. Bei allen war vor der Operation jene berüchtigte „Laborlatte“ gemacht worden.*

Ergebnis: Nur in 4% (bei 160 von 4000) fanden sich krankhafte Werte. Und nur in ¼ dieser Fälle (1 von 100 Patienten) sind weitere Untersuchungen gemacht worden. Aber die geplante Operation wurde nicht in einem einzigen von 4000 Fällen auch nur verzögert, geschweige denn gestoppt: 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.

Wir bleiben beim Thema und wollen in Punkt 6 noch eine besonders skurrile Situation beleuchten:

## 6. Diagnostik ohne jede Notwendigkeit und ohne jeden Grund

Diese These – so einfach 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, also Direktoren von Universitätskliniken, berichten.

Beide Beispiele belegen – auf unterschiedliche Weise – genau die Tatsache, daß die häufigste Motivation zu einer diagnostischen Maßnahme nichts anderes ist als „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 seiner Klinik eine **Gastroskopie**, also eine Magenspiegelung, 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 eigenen 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!

## 7. 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: Zeigt, 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 werden nur an ganz wenigen Stellen wirklich kompetent durchgeführt, viel häufiger sind sie unausgereift, problembeladen und 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 eigentlich doch alles so klar und so wohl definiert und gesichert sein soll.)

Aber das ist noch nicht alles auf meiner langen Liste!  
Eine ganz typische 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“ usw.

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

Doch jetzt auf einmal haben die Kollegen auch hier, im unteren Verdauungstrakt alles abgegrast. Sie suchten und fanden neue Betätigungsfelder und Verdienstmöglichkeiten und sie eroberten sich nun labortechnisch, apparatemäßig, vor allem aber endoskopisch auch den Darm.

Vorsorgeuntersuchung Dickdarmkrebs oder stinkende Fäkalien zu klingender Münze: **was** ist hier die Triebfeder?

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! Dennoch sind wir nicht ohne Hoffnung! Vielleicht bringt die Zukunft doch noch bessere Zahlen.

Noch ein entscheidender weiterer Abschnitt gegen Ende unserer Diskussion!  
Er befaßt sich mit dem, was uns der Arzt dann nach Abschluß der Untersuchungen sagt: mit der Diagnose!  
Ist sie wirklich hilfreich für uns oder eher bedrückend und düster?

## 8. Erfundene und unsinnige Diagnosen

Ein besonders düsteres Kapitel der modernen Medizin.  
Es geht um den teuren diagnostischen Nonsens, den wir uns noch leisten können!

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

Da ist die Osteodensitometrie, die Knochendichtemessung, eingeführt vor etwa 10-15 Jahren.

Sie entsinnen sich: Es galt als hochmodern, eine Hand oder einen Fuß in einen Kasten zu stecken und dann einen bunten Zettel ausgedruckt zu bekommen, der uns Patienten dann auf die Kommastelle genau gesagt hat, um wieviel unsere Knochendichte abgenommen hätte. Selbstverständlich mußte man dann ein bestimmtes Medikament schlucken und selbstverständlich nach einigen Monaten wieder zur Kontrolle kommen.

Heute wissen alle: Ein ebenso lukrativer wie sinnloser Hokusfokus, an dem sich natürlich die Gerätehersteller wie auch die Ärzte dumm und dusselig verdient haben. Bis, ja bis den Kassen der Nonsense auffiel und sie die Honorierung so drastisch senkten, daß diese medizinische Sumpflüte so rasch, wie sie gekommen ist, auch wieder verschwand. Jedenfalls weitgehend 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**  
**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: 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.**

Soviel zu dem, was der Laie, auch der politisch Verantwortliche“(beispielsweise unser Landrat), als „gravierende Änderung in der Medizin ansehen könnte. Wir können es ihm kaum übel nehmen, daß er auf diese Scharlatanerie hereinfällt, sie ist höchst professionell vermarktet und ebenso schwierig zu durchschauen wie die Betrügereien der Wirtschaftsbosse, Bankmanager, Baulöwen oder auch Politiker...

Zum vorletzten Punkt:

## 9. Lebensgefährliche Diagnosen

Ich könnte dieses Beispiel auch so überschreiben: Zu Tode diagnostiziert. Oder auch: 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 schließen unsere ganz sicher ernüchternden, wenn nicht pessimistisch stimmenden Anmerkungen zur deutschen Luxusmedizin mit wenigen Sätzen über „Fehldiagnosen“ und geben dem letzten, zehnten Abschnitt die Überschrift:

## 10. Millionen Fehldiagnosen!

Wie geht das zusammen: Moderne Diagnosemöglichkeiten und Fehldiagnose?  
Sollten sich Letztere nicht drastisch vermindert 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 (biopsisch 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?“

Machen wir uns klar: Es ist ein finanzieller Aberwitz und ein strahlenhygienisches Verbrechen! Nur zwei diagnostische Methoden, nämlich das CT und die Angiographie sind für 50% der gesamten medizinischen Strahlenbelastung verantwortlich. Wußten Sie übrigens, daß es allein in München so viele CT-Geräte gibt wie in ganz Italien zusammen?

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.

Was ist passiert? Die Medizin hat sich die Spielregeln des Kapitalmarktes und die Gesetze des wirtschaftlichen Konkurrenzkampfes zu eigen gemacht, zumeist unter Verdrängung ihrer ureigensten Aufgaben.

Was bleibt? Unser Resumee:

Ein entscheidendes Problem unserer Medizin ist, daß die Schere zwischen den diagnostischen und therapeutischen Möglichkeiten nur noch weiter aufgegangen ist. Wir wissen jetzt zwar genauer, woran ein Mensch erkrankt ist und woran er sterben wird, bessere und wirksamere Behandlungsmöglichkeiten sind aber sehr rar. 75% der internistischen Krankheiten sind nicht heilbar, man kann sie allenfalls günstig beeinflussen.

Oder anders ausgedrückt: in unserer technisierten Welt leben die Menschen heute länger denn je, sie sind aber nicht gesünder.

Die Menschen, die in der Dritten Welt zu früh sterben, überleben in den Industrienationen, allerdings als chronisch Kranke. Die moderne Medizin schützt also vor frühem, raschen Tod und beschert uns per Saldo ein immer weiter wachsendes Heer chronisch kranker, alter, hilfsbedürftiger Menschen.

Wir, die wir die Situation kennen, sollten zunächst einmal **informieren**, und zwar redlich und selbstkritisch. Die nackten Tatsachen des ärztlichen Handelns interessieren, nicht die neuen Kleider der Medizintechnik.

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, besonders dann, wenn sie keine Konsequenzen für den Patienten hat und vielleicht auch dort, wo es um ökonomische Aspekte geht.

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 die, 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.