

„Ein provokatives Buch eines leidenschaftlichen Arztes, das seine Brisanz unter anderem aus gelebten Erfahrungen des Autors in der ehemaligen Sowjetunion bezieht. Eugen Judin führt uns plastisch vor Augen, wohin es führt, wenn Gesundheit zur Ware erklärt und die ärztliche Kunst zur Leistungserbringung degradiert wird.“

Dieses Buch ist Pflichtlektüre für alle, die sich um die Zukunft der deutschen Medizin Gedanken machen.“

Dr. med. Carsten Brockhoff,
Facharzt für Innere Medizin,
Kardiologie und interventionelle Kardiologie,
niedergelassen in Hamburg

Chaos im Gesundheitswesen

Was läuft schief im deutschen Gesundheitswesen, wenn Patienten einen Hausarzt, aber keine vernünftige Behandlung bekommen? Fachärzte für Allgemeinmedizin nur noch als Lotsen fungieren, ihr diagnostisch-therapeutisches Engagement bestraft wird, Politiker debattieren und am Ende Patienten und praktizierende Ärzte die Rechnung zahlen?

Eugen Judin, Facharzt für Allgemeinmedizin, spezielle Schmerztherapie und Akupunktur hält in seinem neuen Buch den Finger auf die wunden Stellen des Gesundheitssystems und schildert, wo es aus seiner Sicht und in seinen Fachbereichen hakt.

Sein Fazit: Das deutsche Gesundheitswesen ist krank und bedarf dringend der Heilung. Als langjährig praktizierender Arzt wartet er deshalb nicht nur mit einer Diagnose, sondern auch mit einer Therapie für ein gesundes Gesundheitssystem auf. Wir sollten das Ruder herumreißen und eine Vorreiterrolle für eine vernünftige, heilsame, faire und bezahlbare Gesundheitspolitik in Europa einnehmen. Verantwortlich dafür sind allerdings nicht nur Politik und Krankenkassen, sondern auch die praktizierenden Ärzte und die Bürger selbst.



ISBN: 978-3-8334-8154-3



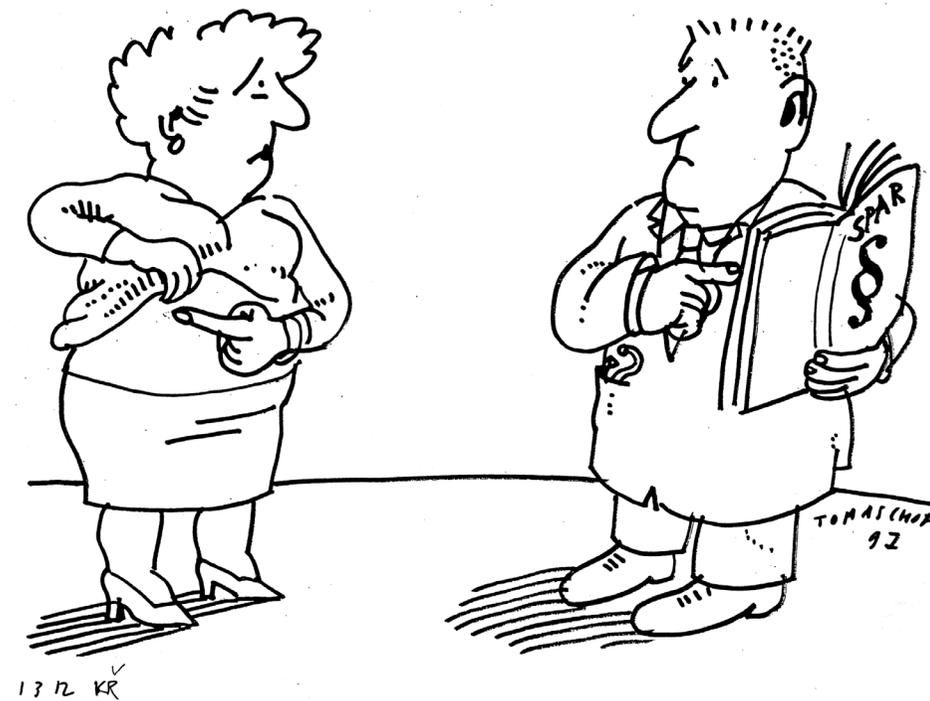
9 783833 481543

Chaos im Gesundheitswesen

EUGEN JUDIN

EUGEN JUDIN

Chaos im Gesundheitswesen



„Im deutschen Gesundheitswesen scheint mittlerweile die statistische Erfassung und die Verwaltung der Patienten wichtiger zu sein als ihre medizinische Behandlung. Der kranke Patient wird nur noch als teurer Störfaktor wahrgenommen. Technokraten, Statistiker und ‚Gesundheitsexperten‘, deren wesentliche Qualifikation darin besteht, über wenig oder gar keine praktische ärztliche Erfahrung zu verfügen, maßen sich an zu bestimmen, wie Ärzte ihre Patienten zu behandeln haben.“

Es ist dringend an der Zeit, dass wir Ärzte unsere Stimme gegen diese unheilvolle Entwicklung erheben, so wie es Eugen Judin mit *Chaos im Gesundheitswesen* tut. Courageig zeigt er Fehlentwicklungen in der deutschen Gesundheitspolitik auf und liefert ein Plädoyer für eine auf Vernunft, Wissen und Erfahrung basierende Medizin. Diese Lektüre sei allen echten und vermeintlichen Gesundheitsexperten wärmstens empfohlen.“

Dr. med. Karl Stuhler,
Facharzt für Innere Medizin,
niedergelassen in Grünenbach,
Allgäu

Versuch einer Ursachenforschung

Chaos im Gesundheitswesen

Eugen Judin

Chaos im Gesundheitswesen

Versuch einer Ursachenforschung

mit Illustrationen von **Jan Tomaschoff**

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek:
Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen
Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über
<http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

© 2007 Eugen Judin, Facharzt für Allgemeinmedizin
www.docjudin.de

Illustrationen: Jan Tomaschoff, Facharzt für Neurologie und Psychiatrie
Herstellung und Verlag: Books on Demand GmbH, Norderstedt
ISBN: 978-3-8334-8154-3

Inhaltsverzeichnis

Vorwort	7
----------------	----------

1. Kapitel

Medizin in Zeiten von *Neusprech*, *Neuwiss* und *Zweidenk*

Das aktuelle deutsche Gesundheitssystem – George Orwell lässt grüßen!	13
Medizinisches <i>Neusprech</i> – Verblödung durch Sprachvereinfachung	17
<i>Zweidenk</i> – frei nach George Orwell	20
<i>Big Brother is watching you</i> – oder: Der gläserne Patient und die elektronische Gesundheitsakte	22
Zwangsprävention – auch ein Thema in der orwellschen Welt	27
Evidence Based Medicine (EBM) – <i>Neuwiss</i> made in <i>Ozeanien</i>	38
Falsche Vorstellung vom Teamgeist	49
Lüge, <i>Bullshit</i> , krankhafte Toleranz – all das stinkt zum Himmel	52

2. Kapitel

Allgemeinmedizin: Königsdisziplin oder Mädchen für alles?

Der Berufsweg des Allgemeinmediziners	57
Schulmedizin und Alternativmedizin – sind diese Begriffe sinnvoll?	60

Therapeutische Leitlinien – Dilettantismus pur oder Anstiftung zur Körperverletzung?	65
Wissenschaft, Pseudowissenschaft und Praktik	77
Der IGEL-Arzt: halb Mensch – halb Tier?	80
Facharzt für Allgemeinmedizin: Facharzt oder Hausarzt?	85
Qualitätssicherung – orwellsches <i>Ministerium für Qualität</i> ist schon da	94
Sparen – <i>Neusprech</i> für Verschwendung	97

3. Kapitel

Schmerzgeplagtes Deutschland – eine logistische Herausforderung

Fachbegriff Rückenschmerz	100
Wie soll die Wirbelsäule therapiert werden?	108
Der Stellenwert der psychosomatischen Medizin bei Rückenschmerzen	113
Welche psychosomatischen Diagnosen gibt es und was beschreiben sie?	118
Krankheit als Symbol	123
Einfach – das ist nicht das Gleiche, sondern das Gegen- teil von primitiv	128
Wie kann man Deutschland wieder konkurrenzfähig machen?	132

Schlusswort

137

Vorwort

Der finanzielle Aufwand, der für die medizinische Versorgung in Deutschland aufgebracht wird, gehört mit zu den höchsten in der ganzen Welt. Die Finanzmittel, die in dieser Republik für das Gesundheitswesen ausgegeben werden, genauer gesagt die Finanzmittel, die die Bürger den Verantwortlichen dafür zur Verfügung stellen, sind also mit Sicherheit ausreichend. Warum aber nehmen die Unzufriedenheit der Patienten und die Unzufriedenheit der Ärzte gleichermaßen immer mehr zu? Warum grassieren zahlreiche Volkskrankheiten wie Rücken- oder Kopfschmerzen? Warum treten diese Volkskrankheiten bei immer jüngeren Menschen auf, ergreifen immer breitere Bevölkerungsschichten? Sind Stress, Luftverschmutzung und andere Zivilisationsfaktoren daran schuld oder ist es eher das Resultat einer unzureichenden medizinischen Betreuung? Warum streiken die Ärzte, warum arbeiten sie immer mehr in fachfremden Gebieten, warum wandern so viele von ihnen ins Ausland aus? Geht es nur um die bessere Bezahlung im Ausland oder geht es um die organisatorischen Rahmenbedingungen der medizinischen Tätigkeit?

Die Antworten auf diese Fragen sind für die meisten Ärzte und auch für mich klar. Es ist nicht eine Frage des Geldes, der besseren Entlohnung für eine verantwortungsvolle Tätigkeit. Es macht einfach immer weniger Spaß, die überhandnehmenden Direktiven und Vorschriften von übereifrigen Bürokraten ausführen zu müssen. Zu viele öffentliche Geld- und Sachmittel werden sinnlos verpulvert, werden einfach zum Fenster hinausgeworfen. Bürokratischer Wildwuchs und professionelle Beschränkungen werden den behandelnden Ärzten zugemutet. Deswegen gehen viele junge Ärzte ins Ausland oder quittieren die medizinische Tätigkeit am Patientenbett.

Bezogen auf die sogenannten Volkskrankheiten wie zum Beispiel Rückenschmerzen und Kopfschmerzen lässt sich feststellen: Eine unzureichende Arbeitsorganisation im Gesundheitswesen trägt dazu bei, dass die Gesellschaft immer kränker wird.

Die Abläufe im medizinischen Sektor – von einer adäquaten Auswahl der geeigneten Abiturienten über ein sinnvoll gestaltetes Medizinstudium, eine optimale ärztliche Weiterbildung und ein selbstständiges Arbeiten im ambulanten oder stationären Bereich bis zur Bekämpfung der Volkskrankheiten – sollten dem gesunden Menschenverstand eigentlich nicht so fern sein. Das alles ist aber inzwischen leider keine Selbstverständlichkeit mehr in Deutschland. Es werden internationale Arbeitsmodelle, Klassifikationen, Leitlinien und anderes ohne Überprüfung übernommen und kopiert, wobei das Charakteristikum „international“ unkritisch einem Qualitätssiegel gleichgestellt wird. Schreibtischwissenschaftler, wie ich sie nenne, drängen den Praktikern nicht realisierbare Entscheidungshilfen, absurde Klassifikationen und gesundheitsschädigende Leitlinien auf und wundern sich danach verblüfft, dass ihre Tätigkeit bei vielen Praktikern wenig Akzeptanz findet.

Wenn man den medizinischen Sektor nicht grundlegend umbaut und neu organisiert, kann man auch keine spürbaren Verbesserungen erwarten. Der Umbau ist allerdings ohne öffentliche Diskussion und ohne viele kritische Meinungen nicht möglich.

Ich bin in Deutschland seit 13 Jahren auf dem Gebiet der Allgemeinmedizin tätig. Davor habe ich umfangreiche Berufs- und Lebenserfahrungen in Russland und in Lettland gesammelt. Ich habe lang genug in der Sowjetunion gelebt, in einer kommunistischen Gesellschaft, in der die Stellung des Arztes und die Lage des Patienten nicht besonders angenehm waren. Der ambulant oder stationär tätige Allgemeinmediziner war arm, er hatte nichts zu sagen und er führte ein bescheidenes Leben. Seine

Patienten waren in der Regel unterversorgt und in ihrer Not ziemlich allein gelassen. Als ich vor 13 Jahren nach Deutschland kam, war hier von solchen Verhältnissen wenig zu spüren. Der Allgemeinmediziner, zumindest ein niedergelassener Allgemeinarzt oder ein Internist, waren angesehenen Personen. Ihr Sozialstatus und Verdienst waren mit dem Status eines leitenden Oberarztes in einem Krankenhaus vergleichbar. Aber in den mittlerweile verflossenen 13 Jahren hat es die Politik geschafft, aus einem wohlhabenden, in der Regel sehr humanistisch orientierten niedergelassenen Allgemeinarzt einen Arzt zu machen, der mit dem Rücken zur Wand steht, fragwürdige Vorschriften befolgen muss und darüber hinaus auch noch aufgefordert wird, seinen Patienten die Unwahrheit zu sagen. Und was besonders beunruhigend ist: Die Situation wird stetig schlimmer. Zu befürchten ist eine böse Entwicklung, die in den nächsten Jahren den deutschen Allgemeinmediziner dorthin bringen kann, wo er in der Sowjetunion vor vielen Jahren gewesen ist.

Das Verhältnis zwischen Gesundheitspolitik, Krankenkassen, ärztlicher Selbstverwaltung, behandelnden Ärzten und Patienten ist heutzutage (unnötig) kompliziert und verwirrend. Die freiberufliche Tätigkeit eines niedergelassenen Mediziners wurde zur unselbstständigen Tätigkeit, die sich nur noch an Vorschriften zu orientieren hat. Dem Arzt sind die Hände gebunden und er bewegt sich in einem ausgedachten, festgelegten Rahmen von Vorschriften – eigentlich ist es eher ein Käfig. Inwieweit kann ein Patient in der Zeit der Kassenmedizin seinem Arzt glauben? Eine sehr beunruhigende Frage. Vieles können wir in unserem Leben nicht ändern. Viele schwere Krankheiten sind leider unvermeidbar – Unfälle, Krebsarten, Multiple Sklerose, erblich bedingte Erkrankungen und Ähnliches. Viele andere Erkrankungen, unter anderem manche als unheilbar geltende Volkskrankheiten, sind tatsächlich vermeidbar und voll therapierbar. Die Betroffenen werden allerdings nicht optimal

versorgt. Dafür gibt es Gründe. Über diese Gründe möchte ich in diesem Buch sprechen.

Natürlich kann ich nur über einige Kompetenzfelder der Medizin schreiben – und zwar über diejenigen, die ich aus eigener Erfahrung beurteilen kann. So schreibe ich zum Beispiel nicht über die Problematik der Herz- oder Lebertransplantation oder über Fragestellungen der Frauenheilkunde – ich kenne mich auf diesen Fachgebieten nur bedingt aus. Bei den Problemfeldern der Allgemeinmedizin, der Schmerztherapie, der Psychosomatik sowie der Arbeitsorganisation im niedergelassenen Bereich kann ich allerdings mitreden. Ich stelle meine Ansichten in den Vordergrund und schreibe ausschließlich aus meiner persönlichen Erfahrung, also ohne eine Vielzahl von Koryphäen und Meinungsbildnern zu zitieren. In diesem Zusammenhang sollte der Leser wissen, dass ich ein Arzt bin, der seit fast 20 Jahren tagtäglich 30 bis 40 Patienten allgemeinmedizinisch behandelt und dabei unzählige Beobachtungen gemacht hat und viele Erkenntnisse gewann.

Was will ich mit diesem Buch erreichen? Ist jemand wie ich, der keinen hohen Posten bekleidet, ein ganz normaler Bürger, überhaupt in der Lage, irgendetwas zu verändern? Ich glaube das. Warum? Weil wir – Gott sei Dank – immer noch in einer freien, demokratischen Gesellschaft leben, in der wir als Bürger Einfluss auf das Geschehen nehmen können.

Viele Facetten der deutschen Gesellschaft und der deutschen Medizin begeistern mich nach wie vor. Ich habe dieser Gesellschaft viel zu verdanken. Und nicht zuletzt aus diesem Grund möchte ich dazu beitragen, dass sie prosperiert und nicht das Schlusslicht der Skala bildet. Die soziale Gesundheit einer Gesellschaft hängt unmittelbar mit der physischen und mentalen Gesundheit der Bürger zusammen. Eine Gesellschaft von kranken und medizinisch schlecht versorgten Menschen kann sozial nicht gesund sein. Sozial gesund heißt unter anderem auch,

dass die Gesellschaft nicht verschwenderisch handelt, sondern ihre Ressourcen sinnvoll verteilt und nutzt. Ich will mit diesem Buch dazu beitragen, dass sich eine positive demokratische Entwicklung in dieser Gesellschaft insgesamt wie auch in der Medizin gegen eine parallel laufende, totalitäre Entwicklung durchsetzt. Ich will dazu beitragen, dass die Bürger in der Gesundheitspolitik mehr mitbestimmen können und dass fähige und kompetente Leute in der Politik entscheiden. Ich wünsche mir, dass die medizinische Versorgung wieder bezahlbar wird, dass die Spielregeln im Gesundheitssektor wieder durchschaubar werden und dass Ärzte und Patienten den Zustand der Armut und Unzufriedenheit hinter sich lassen.

Nicht alle werden über meine kontroverse Meinung glücklich sein. Mancher Politiker, mancher Funktionär wird sich vielleicht auch persönlich angegriffen fühlen. Aber eine freie Meinungsäußerung muss nach wie vor möglich sein. Oder wie einer meiner Lieblingsschriftsteller, George Orwell, sagte: „Die wahre Freiheit ist die Möglichkeit, Dinge zu sagen, die allen nicht gefallen.“ Aber ich bin mir in diesem Fall und an dieser Stelle sicher – vielen wird der Inhalt dieses Buches gefallen.

1. Kapitel

Medizin in Zeiten von *Neusprech*, *Neuwiss* und *Zweidenk*



Das aktuelle deutsche Gesundheitssystem – George Orwell lässt grüßen!

Ich war als schon als Kind eine Leseratte. Auch später als Teenager und im Erwachsenenalter habe ich sehr viel gelesen. Es gab immer wieder Bücher, die auf mich stärker wirkten als andere. Zu diesen Büchern gehörte ohne Frage der Roman „1984“ von George Orwell. George Orwell beschreibt Mitte der Vierzigerjahre einen totalitären, verlogenen und brutalen Überwachungsstaat der Zukunft, und er beschreibt ihn so gut, dass man eine Gänsehaut bekommt. Die Welt bei Orwell ist endgültig globalisiert und zwischen drei Supermächten aufgeteilt.

Diese drei Weltmächte sind totalitär und kontrollieren alles. Da wäre zunächst der Machtbereich *Ozeanien* (Nord- und Südamerika, Australien, das südliche Afrika sowie Großbritannien). Wobei Großbritannien nur unter dem Namen Luftstützpunkt N1 bekannt ist, denn der Wirkungsort des Romans ist London nach einer Atombombardierung. Die anderen zwei Machtbereiche sind *Eurasien* (Russland und das kontinentale Europa) und *Ostasien*. Die drei Supermächte befinden sich in einem Dauerkrieg miteinander und beuten die Afrikaner aus. Sie testen laufend ihre neuen Waffen und führen eine makabre Diplomatie durch. Die islamische Welt erwähnt Orwell mit keinem einzigen Wort, als wäre sie nicht mehr existent. Durch den ewigen Krieg, den Zustand der ewigen Bedrohung lässt sich die breite Bevölkerung sicher in Armut und in Angst halten. Die Gesellschaft ist aufgeteilt in Privilegierte und in Arbeitstiere – in Parteifunktionäre und in Proleten (*Proles*). Die Verlogenheit wird zur Staatsmoral. Die wichtigsten Ministerien sind das *Ministerium der Liebe*, wo gefoltert wird, das *Ministerium für Frieden*, wo die Kriege geplant werden, das *Ministerium für Wahrheit*, wo die Lügenpropaganda gemacht wird. Es herrscht Mangel an allen Ecken und Enden. Diese Misere wird vom *Ministerium für Überfluss* reguliert. Und wenn die Regierung (die *innere Partei*) sagt, dass $2 \times 2 = 5$ ist, dann hat der Bürger-Prolet zu nicken und diese Weisheit zu akzeptieren. Die Proles sind verdummt und kritikunfähig, sie glauben an jede noch so offensichtliche Lüge. Die Sprache in dieser Gesellschaft ist reduziert und vereinfacht. Viele Wörter wurden aus dem Sprachgebrauch herausgenommen. Das Gegenteil von „gut“ heißt jetzt „ungut“, von „klein“ „unklein“ und so weiter. Man spricht das sogenannte *Neusprech* (*Newspeak*), eine primitive Sprache. Man hat *Zweidenk* (*Doublethink*) eingeführt, ein komplizierter Denkprozess, bei dem die Bürger gleichzeitig an zwei sich ausschließende Aussagen glauben. Das Bewusstsein

der Bevölkerung wurde also insgesamt und tief greifend umgestellt, die Gedankengänge sind bizarr. Jede unsinnige Aussage der inneren Partei wird automatisch akzeptiert und toleriert und so verstanden, wie es der Partei recht ist, obwohl der Bürger-Prolet auch merken darf, dass alles nicht stimmt. Die Sexualität ist mechanistisch, streng reglementiert und dient ausschließlich zur Vermehrung der Bevölkerung; Liebe und Sexualität sind völlig entromantisiert. Jeder Mensch steht unter ständiger Beobachtung und hat keinerlei Privatsphäre. Der Bürger-Prolet wird immer und überall durch spezielle multifunktionelle Video- und Audioüberwachungsgeräte (*Telescreens*), die gleichzeitig über eine Überwachungs- und Sprechfunktion verfügen, kontrolliert. *Big Brother is watching you*, heißt es. Der Staat kümmert sich um die Krankheitsprävention und die Gesundheit der Bürger. Die Menschen müssen täglich mit einem Telescreen-Trainer und unter Beobachtung ihre Morgengymnastik (*Physical Jerks*) machen. Wer nicht mitmacht oder nicht engagiert genug ist, kommt in das Ministerium der Liebe. Eine obligate allgemeine Arbeitsbeschäftigung ist Pflicht. Ein grausames, erschreckendes Bild eines totalitären Staates.

Ich habe in einem Staat gelebt, der zum Teil Züge von Orwells Staat trug. Ich habe in der Sowjetunion gelebt, die jetzt nicht mehr existiert. Die Gesetze aber, die man in diesem Staat erarbeitet und erlassen hatte, sind nicht verschwunden. Man findet sie sogar in einer abgemilderten Form auch in demokratischen Ländern und nicht nur im postsowjetischen Raum. Ein Teil des modernen Deutschlands war auch ein kleines „1984-Land“ – nämlich die DDR, bis zu ihrem Zusammenbruch im Jahr 1989. Trotz des Untergangs der Sowjetunion, des Staates, der in Europa dem orwellschen Totalitärstaat am nächsten kam, und trotz der Auflösung der DDR, ist unsere Welt eher einen Schritt weiter in Richtung der orwellschen Gesellschaft gegangen. Denn manche Züge des Totalitarismus haben sich

nach dem Zusammenbruch des Ostblocks auf andere Staaten verbreitet und dort verankert. Zwar nicht mehr in der direkten und harten Form des sowjetischen Systems, sondern eher in einer subtileren Form und eher in einem schleichenden Prozess. Die Staaten, deren Totalitarismus früher niedrig war, sind totalitärer geworden. Diese totalitären Züge treffe ich auch in unserem täglichen Leben in Deutschland immer häufiger an. Die meisten Menschen in westlichen Kulturen wissen von solchen Lebensumständen praktisch nichts, oder ihre Erfahrungen sind eher theoretischer Natur, aus zweiter Hand über die Medien vermittelt. Sie sehen keine Parallele zwischen der Gesellschaft, wie sie Orwell beschrieben hat, und der Sowjetunion, der DDR und der modernen europäischen Gesellschaft.

Doch auch wenn die orwellsche Welt vor 13 Jahren in Deutschland für mich kaum zu spüren war, so finde ich mit der Zeit immer mehr Ähnlichkeiten, die darauf hinweisen, dass diese Gefahr nicht vollkommen beseitigt ist. Ich kann nicht sagen, dass die Gesellschaft, in der ich heute lebe, mir weniger gefällt als vor 13 Jahren. Deutschland ist moderner, offener, jünger geworden. Früher war Deutschland stärker auf sich selbst fixiert, viel konservativer, starrer. Deutschland ging es durch die starke Unterstützung der Supermacht USA so gut, dass sich die Gesellschaft jede konservative Abkapselung, jeden Realitätsverlust sowie jede soziale Marotte erlauben konnte. Man war stark und reich, nicht nur durch Eigenleistung, auch und nicht zuletzt durch die Unterstützung von mächtigen Freunden im Westen und durch die Schwäche der östlichen Konkurrenz. Doch diese Zeiten sind vorbei. Die ganze Welt hat sich geändert. Die Konkurrenz ist stärker geworden. Diejenigen, die früher schwach und arm waren, werden jetzt zunehmend stark und reich. Man hat manch mächtigen Freund verloren. Man ist an die eigenen Grenzen gestoßen und beginnt jetzt pragmatischer und realitätsbezogener zu denken. Man hat erkannt, dass die Gesellschaft

reformiert werden muss. Und die Gesellschaft ist glücklicherweise reformwillig und reformfähig geworden. Man muss nur aufpassen, dass die Reform und der Wunsch nach Reform in die richtige Richtung gehen, dass die Gesellschaft nicht totalitärer wird. Zwei Trends – zum größeren Totalitarismus und zur größeren Demokratisierung – laufen somit parallel. Die Aufgabe der Bürger ist es, beides im Auge zu behalten.

Der Roman „1984“ von Orwell inspirierte unzählige Künstler, Sänger, Schriftsteller. George Orwell ist einer der meistgelesenen britischen Autoren. Ganz offensichtlich durchlebten auch viele andere beim Lesen dieses Buches die gleichen Gefühle wie ich – Entsetzen, Trauer, Angst und auch ein Gefühl der Gefahr und den Wunsch, dem Horror eines Totalitärstaates entgegenzuwirken. Viele westliche Schriftsteller und Journalisten haben in den Jahren nach der Veröffentlichung des Romans „1984“, besonders im Jahr 1984, die Ähnlichkeiten mit der westlichen Gesellschaft, in der sie gerade leben, gesucht. Man suchte aber, in einer Demokratie lebend, vergeblich nach Ähnlichkeiten, man fand nicht viel. Heute springen die Parallelen zwischen der orwellschen und unserer Gesellschaft allerdings geradezu ins Auge. Können wir vielleicht auch ganz konkrete Grundzüge der orwellschen Welt direkt in unserem Gesundheitssystem finden? Zu meinem großen Bedauern ist dies der Fall. Und hier, in diesem Buch, stelle ich als niedergelassener Allgemeinmediziner meine Eindrücke dazu dar.

Medizinisches *Neusprech* – Verblödung durch Sprachvereinfachung

Die medizinische Sprache wird derzeit unnötig vereinfacht und gleichzeitig komplizierter gemacht. Diese Tendenz wird immer schlimmer. Bei Orwell heißt die neue Sprache *Neusprech*. Ein gutes Beispiel für das *Neusprech* bei uns Ärzten ist zum Beispiel

der Diagnosekatalog ICD-10 (International Classification of Diseases). Die Ärzte sind seit geraumer Zeit verpflichtet, alle Diagnosen mit einem Code zu erfassen und die Formulierungen und Diagnosen aus diesem Katalog zu verwenden. Der Codierungskatalog ICD-10 ist in meinen Augen allerdings eine Absurdität ohnegleichen und hat tatsächlich eine gewisse Ähnlichkeit mit dem orwellischen *Neusprech*. Dieser Katalog wurde entwickelt, um Erkrankungen statistisch zu erfassen. Diese statistischen Diagnosen sind allerdings für den medizinischen Alltag nur bedingt brauchbar und zum Teil irreführend. Manche Diagnosen sind gar nicht aufgeführt, wie zum Beispiel die Diagnose Musculus piriformis-Syndrom – eine häufige Ursache für Ischiasbeschwerden. Das ist eine klinische Diagnose, die man regelmäßig diagnostiziert und die oft eine entscheidende Rolle in der Ausarbeitung von Behandlungskonzepten spielt. Diese und viele andere wichtige Diagnosen finden sich in diesem Katalog einfach nicht. Dafür gibt es absurde Diagnosen wie Nervenparalyse oder Beinschmerz, Bauchschmerz, Schwindel und Taumel, Gewichtsprobleme und Ähnliches, die lediglich ein Symptom beschreiben.

Um noch ein anderes Beispiel zu nennen: Der Zustand nach einer Gallenblasenentfernung bei Gallensteinen heißt in normaler ärztlicher Sprache: Z. n. Cholezystektomie bei Cholezystolithiasis. Nach dem Katalog aber heißt es: Gallensteine. Zustand nach. Der Unterschied ist zu merken. Oder? Warum werden Ärzte gezwungen, diesen eher ungenauen Diagnosekatalog zu benutzen? Wer hat die Entscheidung getroffen, diesen Katalog zu dem wichtigsten Instrument der ärztlichen Tätigkeit zu machen? Ich kann für die Einführung der Diagnosencodierung nach ICD-Katalog kein anderes Wort finden als „kollektive Verdummung der Ärzteschaft durch die zuständigen Gremien“. Aber: Der Arzt, der solche Diagnosen anwendet, ist natürlich pflegeleichter, leichter zu führen und zu kontrollieren als einer,

der sich als detaillierter und praxisnaher Fachmann ausweist. Der Zwang, diesen Katalog jeden Tag anzuwenden, ist nach meiner Ansicht für jeden realitätsnah denkenden Arzt erniedrigend.

Der Allgemeinarzt heißt jetzt Hausarzt, Gesundheitslotse, Gesundheitsmanager. Das sind irreführende, zweideutige Begriffe, ebenso wie Evidence Based Medicine (EBM), Disease Management Programm (DMP), Defined Daily Dosage (DDD), Shared-decision-making, Me-too-Liste und viele anderen Anglizismen. Sie bringen nichts außer Verwirrung und lassen nicht nur mich, sondern auch viele andere Ärzte denken, dass man als Arzt zu einem ausgebeuteten Instrument der Politik degradiert worden ist. Man hat das Gefühl, an einem absurden Theaterstück teilnehmen zu müssen. Und auch der Begriff Hausarzt ist ein gutes Beispiel für *Neusprech*. So eine Fachrichtung gibt es nirgendwo auf der Welt. Es gibt Chirurgen, Gynäkologen, Allgemeinmediziner, Orthopäden, Gastroenterologen, Kardiologen und viele andere Spezialisten verschiedener Fachrichtungen. Was soll so eine Fachrichtung wie Hausarzt oder Hausmedizin bedeuten? Wenn man über Kardiologie oder Gastroenterologie spricht, weiß man, welche Grundkenntnisse dazu gehören müssen. Auch wenn man über die Allgemeinmedizin spricht, ist es im Großen und Ganzen klar, was der Allgemeinmediziner alles können muss. Leider nur im Großen und Ganzen, weil man aus einem Allgemeinmediziner heutzutage einen Hausarzt, einen Lotsen, einen Gesundheitsmanager, einen Gesundheitscoach gemacht hat. Keiner weiß mehr, was er überhaupt können soll. Behandeln? Managen? Dokumentieren? Organisieren? Navigieren?

Der Begriff Hausarzt kommt vom britischen „family doctor“. In Großbritannien sind die Übergriffe der Patienten auf Ärzte zu einem Massenphänomen geworden. Die Patienten sind dort bekanntlich völlig frustriert und unterversorgt. Weil

der britische family doctor so wenig Ahnung hat, muss der britische Staat viele Ärzte-Gastarbeiter aus der ganzen Welt nach Großbritannien holen. Wollen die deutschen Politiker das Gleiche erreichen, indem sie versuchen, das marode englische Gesundheitssystem in einem Riesentempo in Deutschland zu etablieren?

Hier liegt der Anfang der Misere – in der Vereinfachung der Sprache mit einem Hang zur Kindersprache und zu Anglizismen. Die Bezeichnung Hausarzt sagt fachlich gar nichts aus. Das ist kein Fachausdruck, sondern ein Ausdruck der Umgangssprache. Ich habe den starken Eindruck: Die zuständigen Gremien der deutschen Gesundheitspolitik machen sich keine Gedanken über den Sinn ihrer Formulierungen. Sie übernehmen aus anderen Ländern die Gesundheitssysteme, die kläglich versagt haben. Wie soll dann alles andere funktionieren?

Zweidenk – frei nach George Orwell

Die Kunst des *Zweidenks* wird von Orwell so beschrieben: „Zu wissen und nicht zu wissen, sich des vollständigen Vertrauens seiner Hörer bewusst zu sein, während man sorgfältig konstruierte Lügen erzählte, gleichzeitig zwei einander ausschließende Meinungen aufrechtzuerhalten, zu wissen, dass sie einander widersprachen, und an beide zu glauben.“

In meinem medizinischen Alltag treffe ich jeden Tag auf Beispiele von *Zweidenk*.

Dazu zähle ich zum Beispiel die Informationen, die von den Krankenkassen an die Ärzte und Patienten ausgehen. Da wird dem Patienten versichert, dass er eine optimale Hilfeleistung bekommt, obwohl jeder weiß, dass von einer optimalen Versorgung nicht im Entferntesten die Rede sein kann. Die Medikamente, die Anwendungen, die Untersuchungen,

überall wird gnadenlos eingespart und gestrichen. Und dann heißt es: Alles, was gestrichen wurde, war nicht gut. Denn die Wirksamkeit war statistisch-wissenschaftlich nicht bewiesen. Ein konkretes Medikament oder eine Untersuchung waren nutzlos. Man beteuert dem Patienten, dass es nicht um Sparmaßnahmen ginge. Er soll das glauben – und er glaubt oft tatsächlich daran.

Das gleiche Modell möchte man jetzt den Ärzten verkaufen. Der Arzt darf dem Patienten nicht sagen, dass diese oder jene Therapie oder ein Medikament zu teuer sind, er soll ihm von nicht nachgewiesener Wirksamkeit berichten, ob er daran glaubt oder nicht. Ist das kein *Zweidenk* in Reinkultur? Denn die Krankenkassen beteuern dem Patienten: „Der Arzt kann Ihnen alles aufschreiben, was er für richtig hält. Er muss es nur dokumentieren. Die Kassen zahlen alles, was medizinisch notwendig ist.“ Jeder Arzt weiß aber, dass diese Aussagen falsch sind und zu welchen Schwierigkeiten es kommen wird, wenn man die budgetierten Leistungen überschreitet. Es kommt zu Regressforderungen, Papierkrieg und Ähnlichem. Auch ein typisches *Zweidenk*.

Das *Zweidenk* ist eng mit dem *Neusprech* verwandt, besonders, wenn sich die Zuständigen keine Gedanken darüber machen, wie die Sachen richtig zu benennen sind. Wie zum Beispiel die oben erwähnte *Neusprech*-Bezeichnung für einen Allgemeinarzt: Hausarzt. Dieser Hausarzt ist ein *Facharzt* für Innere oder Allgemeinmedizin. Nach der Definition unserer organisatorischen Medizingremien ist er aber kein *Facharzt*, sondern ein Hausarzt. Und jeder muss wissen, was das zu bedeuten hat. Ist es möglich, ein *Facharzt* zu sein und gleichzeitig kein *Facharzt* zu sein? „Sein *und* nicht Sein. Das ist hier die Frage!“, würde Shakespeare heutzutage wahrscheinlich schreiben. Leider können wir heute weder Orwell noch Shakespeare fragen, was sie von alledem halten.

***Big Brother is watching you* – oder: Der gläserne Patient und die elektronische Gesundheitsakte**

Der Privatsphäre wird in unserer Gesellschaft immer weniger Bedeutung zugeschrieben. Der Bürger wird immer mehr überwacht, und dieser Prozess schreitet ständig voran. Videoüberwachungen und verstärkte Personalkontrollen sind natürlich in Zeiten von Terroranschlägen durchaus notwendig. Aber was soll das im Gesundheitswesen?

Ein Beispiel für eine Einmischung des Staates in die Privatsphäre des Bürgers ist die elektronische Gesundheitsakte, in der bald jeder Arzt, am Anfang noch mit Erlaubnis des Patienten, später bestimmt auch ohne seine Erlaubnis, über alle seine intimen Beschwerden wird lesen dürfen. Mit der Begründung, der Staat müsse sparen und deswegen sollten Doppeluntersuchungen vermieden werden, hat man ein milliardenschweres Projekt ins Rollen gebracht, ohne lange zu überlegen, ohne ausreichend darüber zu diskutieren und ohne dass man der breiten Bevölkerungsschicht detaillierte Informationen zukommen lässt.

Ich beobachte permanent, wie gerne Politiker auf dem Thema Doppeluntersuchungen herumreiten. Die Gesundheitspolitik hat es geschafft, nicht nur der Bevölkerung, sondern auch den Ärzten einzureden, dass die Wurzel der Finanzmisere des Gesundheitswesens in den Doppeluntersuchungen liegt. Dabei wird besonders gern die alleinstehende alte Dame, die nach Hilfe sucht und den Arzt ihres Vertrauens einmal mehr, als es vielleicht nötig wäre, besucht, als die Wurzel allen Übels dargestellt und fast zu einer Wirtschaftskriminellen stigmatisiert. Diese alten Damen machten das ganze Gesundheitswesen mit ihren unangemessen häufigen Arztbesuchen kaputt. Sie machten Ärztehopping oder Ärzteshopping, sie würden von einem Arzt zum anderen rennen, besuchten innerhalb eines Quartals zwei und mehr Ärzte und würden der Allgemeinheit damit schwer auf der Tasche liegen, so

heißt es. Um diese alten Damen besser kontrollieren zu können und um sie von den Ärzten fernzuhalten, war ein Regulierungsinstrument wie die elektronische Krankenakte notwendig. Damit könne man alle Arztgänge der alten Damen besser kontrollieren, und der Arzt hätte genug Argumente, um diese Frauen schneller aus seiner Praxis zu verjagen. So war der Gedankengang der PR-Leute, die das Ganze (mit großem Erfolg) initiiert haben.

Alternativ wird nicht selten statt einer alten Dame ein schmerzgeplagter Patient in die Rolle des Wirtschaftskriminellen gebracht – auch er würde zu oft zum Arzt gehen und die Volkswirtschaft schädigen.



Bei näherer Betrachtung wird aber klar, dass die Vermeidung der Doppeluntersuchungen nichts anderes als *Neusprech* und *Zweidenk* ist. Zum einen laufen die alten Damen und Schmerzpatienten zum Arzt, nicht nur, weil sie eine kleine Psychotherapie brauchen. Sehr oft leiden sie in der Tat unter Schmerzen oder anderen

starken somatischen Beschwerden und suchen einfach nach Hilfe. Sie wollen die Symptome ihrer Erkrankung loswerden. Wenn sie bei einem Arzt diese Hilfe nicht gefunden haben, dann gehen sie zu einem anderen. Das zeigt lediglich, dass der Mensch glücklicherweise noch in der Lage ist, selbstständig zu handeln. Es ist völlig klar, dass bei der Behandlung von bestimmten Beschwerden ein Arzt effizienter sein kann als ein anderer. Vorausgesetzt es handelt sich um zwei Menschen und nicht um zwei Roboter mit künstlicher Intelligenz, die nach einem Algorithmus absolut identisch wirken. Aber einen solchen Arzt muss man erst mal finden. Zum Glück sind noch nicht alle Ärzte so robotisiert (wie es sich die Gesundheitspolitiker vielleicht wünschen), dass sie sich nur in der Nähe eines ICD-10-Katalogs sicher und wohlfühlen. Zum anderen gibt es natürlich Situationen, wo es wirklich nur um einen Zuspruch und eine kleine Psychotherapie geht. Was aber ist schlimm daran? Eine ältere Person oder ein Schmerzpatient brauchen eben mehr Zuspruch als ein junger gesunder Mensch.

Und zum Dritten sind diese Doppeluntersuchungen und Arztbesuche gar nicht so teuer, wie behauptet wird. Besonders im Vergleich mit den größtenwahnsinnigen Projekten der heutigen Gesundheitspolitik (E-Karte) oder mit dem verbitterten Kampf der Krankenkassen (Stichwort: mehr Wettbewerb der Krankenkassen), die jährlich Milliarden Euro kosten. Hier stellt sich die berechnete Frage: Auf wessen Kosten? Natürlich auf Kosten der Allgemeinheit. Zudem stecken die Gesellschaft und die Gesundheitspolitik immense Summen in die psychosomatischen Kliniken. Oder zwingen Patienten zu Arztbesuchen, die sie nicht wollen und auch medizinisch nicht benötigen. Man unterhält die Praxen von zigtausend Psychotherapeuten und bezahlt Therapien (Stichwort: Krankheit als Symbol, dazu später mehr), die Patienten eher selten nützen. Solange die Gesellschaft reich war, war es nicht uninteressant, im Kino oder im Fernsehen einem durchgeknallten Psychiater (Psychotherapeuten) bei seiner Arbeit zuzuschauen. Aber wenn

die Gesellschaft kein Geld mehr hat, um einem Bedürftigen ein Hämorrhoidalzäpfchen auf Rezept aufzuschreiben, sollte man auch die Farce in der Medizin, wenn auch durchaus lustig und unterhaltsam, einschränken. Aber viele Patienten, besonders unzureichend therapierte Schmerzpatienten, werden dazu gezwungen, die ambulante und stationäre psychosomatische Therapie mitzumachen. Die Kosten dafür trägt die Gesellschaft – ohne Proteste. Wenn aber eine alte Frau einen Extragang zum niedergelassenen Allgemeinarzt macht, weil sie Beschwerden hat oder Zuspruch braucht, wird sie als jemand betrachtet, der die Gesellschaft finanziell ruiniert, und soll wie ein Terrorist nahtlos elektronisch überwacht werden. Warum ist die Gesellschaft nicht bereit, diesen älteren Menschen am Ende ihres Lebensweges diese, wenn auch nicht unbedingt notwendige, medizinische Unterstützung, diesen Zuspruch zu bezahlen?

Es macht wenig Sinn, mit der Einführung der E-Karte zu versuchen, Doppeluntersuchungen zu vermeiden. Eine E-Karte ist medizinisch nicht notwendig, schädlich für die soziale Gesundheit und außerdem sehr teuer. In diesem Projekt sehe ich nur Nachteile, sowohl für Ärzte als auch für Patienten. Außerdem stellt die E-Karte eine direkte Einmischung in die Privatsphäre eines Patienten dar. Denn das, was der Patient unter vier Augen dem Arzt erzählt, will er oft nur ausschließlich diesem Arzt sagen und niemandem sonst. Ein Patient muss einfach das Recht darauf haben, dass alles, was er dem Arzt mitteilt, vertraulich behandelt wird. Wenn der Patient weiß, dass über alles, was er dem Arzt sagt, morgen mehrere Personen (und im Extremfall zum Beispiel durch Zugriff eines Hackers auf einen Server Millionen von Menschen) Bescheid wissen werden, dann ist das Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient belastet. Zwangsläufig hat das auch einen negativen Einfluss auf die Qualität der Behandlung. Und logischerweise kostet das die Gesellschaft noch mehr Geld.

Im alten China sollte ein guter Arzt in der Lage sein, nur anhand einer Pulsdiagnostik die richtige Diagnose zu stellen. Zwar

gehörte auch dort die Befragung zu einem etablierten Untersuchungsgang, doch musste der Arzt auch ohne Befragung dazu in der Lage sein, sich über die Beschwerden seiner Patienten ein Bild zu machen. Man ging davon aus, dass nicht jeder Patient über seine Beschwerden gerne spricht, denn das könnte ihm unangenehm sein. Der Arzt bemühte sich darum, den Patienten nicht zu verletzen. Das Verhältnis zwischen Arzt und Patient war vor allem taktvoll. Ganz anders bei uns. Mit der Einführung der E-Karte werden nicht nur der behandelnde Arzt, sondern auch alle anderen Mitbehandler über die Beschwerden des Patienten Bescheid wissen. Ob der Patient dies wünscht oder nicht. Ich betrachte das als eine Verletzung der Menschenrechte und eine Degenerierung der Arzt-Patienten-Beziehung, die seit Jahrhunderten als ein Beispiel für ein funktionierendes Vertrauensverhältnis gilt.



Die Einführung der elektronischen Gesundheitskarte zur Vermeidung von Doppeluntersuchungen und in diesem Sinne als Sparmaßnahme kommt für mich somit einer medizinisch-organisatorischen

Lüge gleich. Die E-Karte wird hundertmal teurer werden als alle Doppeluntersuchungen zusammen. Doppeluntersuchungen sind darüber hinaus oft sehr sinnvoll. Der Arzt stößt immer wieder auf neue Erkenntnisse. Die E-Karte ist dagegen völlig nutzlos und sehr teuer. Als Folge werden Ärzte und die Patienten einfach weniger Geld im Portemonnaie haben, weil sie diejenigen sind, die den ganzen Unsinn bezahlen müssen. Die Politik transferiert die Gelder für dieses Projekt aus den Taschen der Betroffenen in andere Taschen. Gesünder und wohlhabender wird dadurch keiner – außer denen, die direkt an diesem Projekt beteiligt sind. Die E-Karte ist für mich ein großer Schritt in Richtung orwellsche Gesellschaft.



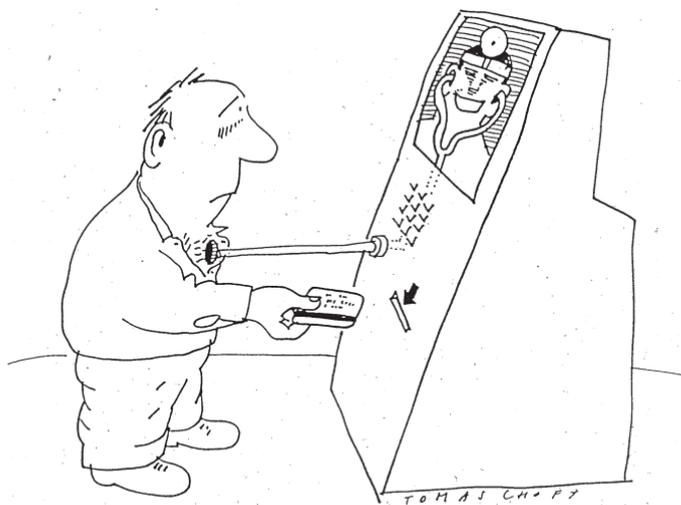
Zwangsprävention – auch ein Thema in der orwellschen Welt

Prävention lautet das große Schlagwort, sie gilt als das Allheilmittel gegen die zunehmenden Kosten im Gesundheitswesen. Gesundheitspolitiker und Gesundheitsökonom, vermutlich

ohne Ahnung von der alltäglichen medizinischen Arbeit, geben ihre Ratschläge an Ärzte und Patienten weiter. Der Arzt solle mit seinen Patienten mehr sprechen, empfehlen und sie dazu bringen, gesundheitsbewusst zu leben. Denn dann entstehe die Erkrankung erst gar nicht. Der Patient selbst müsse mehr machen. Er müsse selbst die Verantwortung für seine Krankheit tragen. Es wird dafür plädiert, einen Nikotintest einzuführen, damit diejenigen Patienten, die nachweislich nicht rauchen, geringere Krankenkassenbeiträge zahlen als Raucher. Diejenigen, die nachweislich Nordic Walking machen, bekommen kostenlos Gehstöcke, damit sie ihre Gesundheit stärken, und werden auch in anderen Bereichen privilegiert. Diejenigen, die Extrem- oder Kampfsport machen, müssen mehr zahlen.

Die Krankenkassen wollen immer mehr, am besten alles über den Versicherten wissen. Sie betreiben und fordern Prävention. Warum kann man dann nicht gleich noch weiter gehen? Kontrollieren, wie gut oder wie schnell ein Patient Auto fährt? Kontrollieren, wie vorsichtig er über die Straße geht? Kontrollieren, wie oft der Patient Sex hat oder wie viel er isst? Diejenigen, die zu viel oder zu wenig Sex haben, zu viel oder zu wenig essen, zu wenig oder zu viel naschen oder im Straßenverkehr unkoordiniert oder verträumt sind, müssen dann eben mehr zahlen. Wie kann man kontrollieren, ob ein Patient gesund oder ungesund lebt? Ganz einfach: Man stellt eine Videokamera in der Wohnung des Patienten auf. Und die Straßen sind ohnehin schon videoüberwacht. Da sieht man, was der Patient dort so alles treibt. Vielleicht liegen seine geschenkten Gehstöcke in der Ecke und der Patient trainiert nicht? Oder er frisst den ganzen Tag. Oder er hat kaum Sex oder er raucht im Bett. Man könnte dem Patienten auch, zunächst auf eigenen Wunsch, einen Gesundheitschip unter die Haut implantieren und mithilfe der Telemedizin eine computergesteuerte Auswertung machen. Dafür würde er dann einen kleineren Beitrag zahlen. Einmal

täglich würde er dann seinen Mittelfinger in eine speziell vorbereitete Öffnung in der Wand seiner Wohnung (Fingerportal? Gesundheitsportal?) legen und seine Gesundheitsdaten würden per Fernübertragung direkt auf seinem Gesundheitsserver im Ministerium für Gesundheit landen. Der zuständige „Arzt-Navigator“ oder „Arzt-Controller“ – vielleicht gibt es ja sogar schon einen „Arzt-Roboter“, der auch einen Chip hat und halb automatisch funktioniert – analysiert seinen Gesundheitszustand in aller Ruhe und ohne die Räumlichkeiten des Ministeriums der Gesundheit verlassen zu müssen. Er wird gleichzeitig und vollautomatisch sowohl den Gesundheitsbeitrag als auch die notwendige Therapie für das laufende Quartal berechnen.



Die Lösungen liegen also auf der Hand. Es ist doch günstig für das Gesundheitssystem und für die ganze Gesellschaft. Ich kann wirklich nicht ausschließen, dass deutsche Gesundheitsökonominnen und Gesundheitspolitiker genau solche Visionen

inzwischen haben. George Orwell lässt grüßen! Aber im Ernst, natürlich kann man dem Patienten Angst einjagen und dann ist er keine Butter und keine Eier mehr. Oder er quält sich mit seinen Gehstöcken durch die Gegend. Aber kann man dadurch wirklich etwas erreichen oder ist das nur Zeitverschwendung? Sehr viele, die wirklich krank sind, rauchen und trinken nicht und haben auch sonst selten gesündigt. Nicht selten liegen allerdings Jogger, Marathonläufer oder Fitnessstudiofanatiker auf dem OP-Tisch und kriegen neue Herzkranzgefäße, eine künstliche Bandscheibe oder ein neues Hüftgelenk. Andere, die rauchen und trinken, nie Sport machten, werden 90 und sterben gesund. Das kommt nicht selten vor. Ist es also realistisch, jeden Patienten durch eine solche vereinfachte Prävention und Einschüchterung wirklich gesünder zu machen? Die Antwort heißt: Ja und Nein. Ich glaube, man kann durch Prävention nur denjenigen helfen, die in der Lage sind, Prävention zu betreiben. Und in unserer Stressgesellschaft können das nur die wenigsten. Wenn Patienten fragen, wie lange die nach einer Akupunkturbehandlung erreichte Beschwerdefreiheit anhält, muss ich sagen, dass, wenn sie morgen eine Million im Lotto gewinnen, ihren Job quittieren und anfangen würden gesundheitsbewusst zu leben – Massagen, Privatarzt, Privatkoch, Spaziergänge an der Nordseeküste –, diese Besserung für immer anhalten würde. Doch meine Patienten müssen meistens als Putzfrauen, Bauarbeiter, Köche oder Taxifahrer weiterarbeiten, um ihren Lebensunterhalt zu verdienen. Mit allen Konsequenzen und Aussichten auf die irgendwann eintretende nächste Verschlechterung. Diese ist oft – glücklicherweise nicht immer – arbeits- und situationsbedingt unvermeidbar. Wie kann man bei einer Putzfrau einer Allergie gegen Putzmittel vorbeugen? Sie für immer an die Nordseeküste nach Sylt schicken? Dort fühlt sie sich garantiert besser. Das ist aber aus naheliegenden Gründen nicht machbar. Ich betreue viele Rückenschmerzpatienten, die in der Pflege tätig

sind. Wie kann man bei dieser Arbeitsgruppe über Prävention sprechen? Eine Aussiedlerin aus Kasachstan sagte mir einmal: „Wissen Sie, Herr Doktor, in Kasachstan haben wir gearbeitet, aber hier in Deutschland ackern wir.“ Wahre Worte! Die Arbeitsintensität ist in Deutschland in der Tat enorm – das gilt allerdings nicht für die meisten Politiker, Lehrer und Beamten, wie mir scheint. Man kann vielleicht über Arbeitshygiene sprechen. Aber über eine Prävention zu sprechen – das geht zu weit. Um zu 100 % gesundheitsorientiert zu leben und allen Erkrankungen vorzubeugen, müsste jeder eine interessante, gut dotierte Arbeit, den idealen Ehepartner, einen Privatarzt und keinerlei Sorgen haben. Das aber ist nur ein schöner Traum. Das Gerede über Prävention und Krebsvorsorge, das von Menschen ausgeht, die von der Medizin oft keine Ahnung haben, nicht haben können, weil sie keine Ärzte sind, wie zum Beispiel Krankenkassenmitarbeiter oder Gesundheitspolitiker, ist deshalb nicht ernst zu nehmen. Nur Politiker und hochrangige Kassenfunktionäre können tatsächlich Prävention betreiben. Dazu haben sie alle Möglichkeiten. Sie leben in ihrer eigenen Welt, auf der Insel der Glückseligen, und sie glauben, dass alle anderen Menschen auch so leben. Doch eben das ist nicht so! Wenn die Krankenkasse jedem Patienten ab dem 36. Lebensjahr einen Check-up (Gesundheitscheck) anbietet, der aus Abtasten, Abhören und der Bestimmung von vier Blutparametern und einfachster Urinuntersuchung besteht, dann wäre es besser, wenn der Patient gänzlich darauf verzichten würde. Dann wüsste er sicher, dass praktisch gar nichts Wesentliches gemacht worden ist. Ansonsten bekommt er die nicht unbedingt richtige Information, dass mit ihm alles in Ordnung und der Check-up unauffällig sei. In meinen Augen ist so ein Check-up Augenwischerei. Leberfunktion und Leberzustand werden nicht untersucht, das Urogenitalsystem ebenso wenig, die Schilddrüse wird völlig außer Acht gelassen. Es sind weder Ultraschalluntersuchung noch

EKG vorgesehen. Ohne eine Ultraschalluntersuchung der Bauchorgane und Schilddrüse, Maßnahmen, die nur wenige Minuten dauern, völlig ungefährlich und preiswert sind, darf man doch im 21. Jahrhundert keinen Check-up machen. Wo sind die Wissenschaftler geblieben, die für Qualität in der Medizin und für wissenschaftlichen Fortschritt plädieren?

Die gebetsmühlenartige Wiederholung, man solle eine Sprechende Medizin vorantreiben und weniger Apparatedizin machen, ist im 21. Jahrhundert völliger Unsinn. Als Arzt glaube ich an ein vernünftiges Leben, und ich halte es für wichtig, dass man gesund lebt. Aber ich halte nicht viel von der sogenannten Prävention und Krebsvorsorge, wie man sie hierzulande versteht. Besonders lächerlich empfinde ich das Präventionsgerede, wenn ich in Ruhe und sachlich analysiere, welche diagnostischen Möglichkeiten das Kassenarztrecht dem Kassenarzt für die Prävention einräumt. Im Grunde hatten Ärzte im 19. Jahrhundert die gleichen Möglichkeiten. Und wenn der Patient aufgefordert wird, für jede moderne Untersuchung des 21. Jahrhunderts selbst zu zahlen, was in der Tat eine gewisse Prävention und Krebsfrühdagnostik erlaubt, dann ist er schnell pleite. Außerdem gibt es auch in diesem Fall keine Gesundheitsgarantie. Viele Tumoren lassen sich nicht rechtzeitig erkennen. Wenn sie sich visualisieren lassen, liegt schon ein invasives Wachstum vor oder der Tumor hat schon gestreut, das heißt, es kam zu Metastasen. Viele Krankheiten sind genetisch bedingt. Auch sie lassen sich nicht vorbeugen. Eine gestörte Ökologie spielt ebenfalls eine wichtige Rolle. Viele Erkrankungen hängen nicht nur mit Rauchen, Alkoholkonsum oder zu wenig Sport zusammen. Vielmehr hängen sie mit den individuellen Lebensbesonderheiten eines Menschen zusammen. Um genug Informationen für eine Analyse zu bekommen, müsste der Arzt mit dem Patienten im Prinzip 24 Stunden am Tag zusammen sein, mit ihm kochen, essen, mit

ihm im Büro arbeiten, mit ihm Sport machen und so weiter. Das ist natürlich völlig unrealistisch.

Die Apparatedizin soll durch eine Sprechende Medizin und Sportmedizin ersetzt werden. Die Gesundheit muss gefördert werden. Der Arzt soll seinen Patienten mehr Zuwendung zukommen lassen. Das alles sind Beispiele für *Neusprech* und *Zweidenk*. Es gibt nur wenige Personen, die sich einen Arzt leisten können, der sich einzig und allein auf ihren Gesundheitszustand konzentriert. Aber auch in diesem Fall wäre eine völlige Prävention nicht möglich.



Dabei wird wieder alles pauschalisiert, alle Krebsarten werden in einen Topf geworfen. Doch es gibt zum Beispiel Krebsarten, die sich mehr oder weniger frühzeitig diagnostizieren lassen, und andere, die sich praktisch jeder Diagnostik entziehen, bis sie schon gestreut haben. Doch man vermittelt den Bürgern den Eindruck, alle Krebsarten wären vermeidbar und behandelbar, als ob man sich die Krebsfreiheitsgarantie jeder Zeit beim Arzt abholen

könnte. Abgesehen davon, dass diese Vorstellung medizinisch unsinnig ist, führen solche Versprechungen eines krebsfreien, glücklichen Lebens im Falle einer realen Krebserkrankung zu großen Spannungen zwischen Arzt und Patient. Viele Patienten gehen davon aus, dass sie bei ordnungsgemäßer Krebsvorsorge vor Krebs sicher sind. Doch tatsächlich ist bei einer Krebsvorsorge, wie sie die Krankenkassen und die Politiker verstehen, nicht einmal eine Ultraschalluntersuchung der Bauch- und Beckenorgane und der Schilddrüse vorgesehen.

Man kann natürlich manche Krebsarten frühzeitig diagnostizieren, wie zum Beispiel Darmkrebs durch Koloskopie (Kassenleistung ab 55 Jahre, Darmkrebs ist aber auch vor dem 55. Lebensjahr durchaus möglich) oder durch eine spezielle, von den Kassen nicht abgedeckte Laboruntersuchung. Manche Patienten können dann durchaus im Fall der Fälle von einer frühzeitigen Operation profitieren. Der Prostatakrebs aber ist im Alter über 70 Jahren schon bei jedem zweiten Mann vorhanden. Jeden zweiten Mann über 70 an der Prostata zu operieren wäre jedoch unsinnig.

Dieses onkologische Kompetenzfeld ist sehr komplex. Man muss ein Onkologe mit großer Erfahrung sein, um überhaupt irgendwelche Empfehlungen abgeben zu dürfen. Sogar die onkologischen Fachkreise haben oft Schwierigkeiten bei der Ausarbeitung von Therapiestrategien. Für unsere Politiker aber scheint alles klar. Für sie gilt der Krebs immer als frühzeitig diagnostizierbar, therapierbar und besiegbare. Dazu kann ich ein Beispiel aus meiner Praxis anführen: Ein 82-jähriger Patient bekam plötzlich rechtsseitig Rippenschmerzen. Es wurde eine Rippenmetastase diagnostiziert. Bei diesem Privatpatienten wurden im Rahmen einer Primärtumorsuche alle notwendigen Untersuchungen durchgeführt, er wurde regelrecht auf den Kopf gestellt, der Primärtumor ließ sich aber nicht finden. Nach einer Bestrahlung verschwand die Metastase und die Schmerzen wurden gelindert. Nach ungefähr

drei Monaten hat man bei diesem Patienten einen Lungentumor diagnostiziert, der schon zirka fünf Zentimeter groß war, samt multiplen Knochenmetastasen. So schnell kann das Krebsleiden fortschreiten, so heimtückisch ist es. Die Onkologen und die praktizierenden Mediziner kennen das Problem. Die Vorstellung, man könne durch Prävention und Vorsorge dem Krebs sicher vorbeugen und vor allem dadurch sparen, halte ich für schlichtweg falsch.



Auch Orwell beschreibt in seinem Roman „1984“ die Besorgnis des Staates über den Gesundheitszustand der Bürger. Sie müssen zusammen mit den Teletrainern Morgengymnastik machen, damit sie ihre Gesundheit erhalten und weniger Kosten verursachen. Wer bei der Prävention nicht mitmachen will oder nur halbherzig dabei ist, hat schlechte Karten. Wann ist es bei uns wohl so weit?

Als ich mit diesem Kapitel schon fast fertig war, las ich in der Presse, dass die Gesundheitspolitik sich aktuell bitterernste Ge-

danken macht, in der Tat vorhat, eine Zwangsvorsorge einzuführen. Am nächsten Tag sah ich im Fernsehen eine Übertragung aus dem Deutschen Bundestag und hörte mir die Rede unseres führenden Gesundheitsökonomen an. Dieser führende Gesundheitsökonom (Markenzeichen: eine Fliege und ein merkwürdiger Gesichtsausdruck) hat ausgerechnet, dass, wenn ein Patient jedes 2. Jahr zum Arzt geht und seine Kotprobe auf verstecktes Blut untersuchen, sich vom Arzt digital abtasten und vier Blutparameter bestimmen lässt, es zu einer finanziellen Ersparnis von 1,5 Milliarden Euro im Jahr und zu einer deutlichen Reduzierung von Krebsfällen käme. Wer bei dieser Zwangsvorsorge nicht mitmacht, muss mit persönlichen – zunächst finanziellen, dann eventuell juristischen – Konsequenzen rechnen. In meinen Augen ähnelt diese Vorstellung stark den Prophezeiungen von Orwell. Hier steht die Gesellschaft am Anfang eines langen (oder kurzen) Weges in die Welt des „großen Bruders“, der immer „bei dir“ sein wird. Oder sind wir schon dort angekommen?

Der Staat scheint sich mithilfe eines Politikers sprichwörtlich in die Position eines Big Brothers bringen zu wollen. Oder umgekehrt: Der Staat wird zum Opfer eines Politikers. All das ist erschreckend! Ein Politiker – der Mann ist kein praktizierender Arzt – spricht im Deutschen Bundestag darüber, wie man Krebs vorbeugen soll. Ist er ein Fachmann? Er präsentiert eine Milchmädchenrechnung, spricht von Sparen, Prävention und Krebsvorsorge. Mich erschreckt das zutiefst. Man muss die Dinge beim Namen nennen. Dieser Politiker ist nicht besser, eher viel schlimmer als Wunderheiler, die Krebs mit Vitaminen, Handauflegen und anderen obskuren Methoden behandeln. Sie ziehen das Geld nur einigen wenigen aus der Tasche. Doch dieser Politiker vernichtet unser kollektives Geld, er vernichtet Milliarden von Euro und macht möglicherweise Millionen von Bürgern kränker, als sie sein müssten.

an Merkwürdigkeit fast mit einer solchen Rauferei aufnehmen. Wenn ich in einem anderen Land gelebt hätte, hätte ich mich vielleicht köstlich amüsiert. Da ich aber in diesem Land lebe und als Arzt tätig bin, ist mir bei dieser Vorstellung gruselig.

Und es lässt sich natürlich nicht vermeiden, zu erwähnen, dass man auch in der Sowjetunion vergeblich versucht hat, ein ähnliches Vorsorgeprogramm zu installieren. Auch mit den gleichen Begründungen: großer Spareffekt für die Gesellschaft, gesunde, freundliche Bürger und so weiter. Dieses Programm hieß in der UdSSR Dispanserisierung. Aber außer einer riesigen Geldverschwendung kam dabei nichts heraus, weder für die Gesellschaft noch für die Patienten.

Evidence Based Medicine (EBM) – *Neuwiss* made in Ozeanien

Neuwiss – (neue Wissenschaft) ist ein Terminus, der von mir hier eingeführt wird, er stammt nicht von Orwell. Die klassische Grundlagenforschung steht heute in Deutschland unter keinem guten Stern. Diplombiologen, Mediziner oder Diplomchemiker arbeiten als Pharmavertreter, betreiben Meinungsforschung oder üben eine PR-Tätigkeit aus. Viele führende deutsche Wissenschaftler wandern aus, weil sie für ihre Labors keine ausreichenden Mittel für die Forschung zur Verfügung gestellt bekommen. Auf der anderen Seite aber blüht eine Wissenschaft mit dem Anspruch, die einzig richtige Wissenschaft zu sein. Die Zahl von Medizinern (Statistiker, Epidemiologen u. a.), die wissenschaftlich im Bereich der Evidence Based Medicine (EBM) arbeiten, wächst und wächst. Aber was heißt eigentlich Evidence Based Medicine? Aus dem Englischen übersetzt, hat das Wort evidence zwei Bedeutungen. Die erste Bedeutung ist „Offenkundigkeit“, die zweite Bedeutung ist „Beweis“. In die

deutsche Sprache übersetzt, könnte EBM also „beweisbasierte Medizin“ heißen. Man könnte es auch so verstehen: eine Medizin, die auf der Offenkundigkeit basiert, die logisch nachvollziehbar ist, also eine auf dem gesunden Menschenverstand beruhende Medizin. Mit welchem Inhalt wollte David Sackett, der Begründer der Evidence Based Medicine, diesen Terminus füllen? Schön wäre es, wenn er die letztere Variante, Medizin, die auf dem gesunden Menschenverstand basiert, gemeint hätte. Leider geht es aber ganz offensichtlich um eine andere Variante, um eine Medizin, die auf Beweisen basiert. Die Evidence Based Medicine, wie man sie heute versteht, ist leider keine Medizin, die Bezug auf den gesunden Menschenverstand nimmt. Sie ist eher das genaue Gegenteil davon. Zwischen diesen zwei Deutungen liegen Welten, und es fällt schwer, zwei andere Begriffe zu finden, die in größerem Gegensatz zueinander stehen.

Dieses Wortspiel, diese Zweideutigkeit des Begriffs EBM, ist für mich auffällig, hat in meinen Augen schon fast einen symbolischen Charakter, als wäre dieser Begriff von den orwellschen Spezialisten aus dem *Ministerium für Wahrheit* zwecks Förderung des *Zweidenks* geschaffen worden.

Im Rahmen der EBM wird heute versucht, für jedes therapeutische Vorgehen eine möglichst gute statistisch-wissenschaftliche Grundlage zu schaffen. An oberster Stelle steht dabei die Analyse mehrerer Studien (Evidence-I), an unterster stehen Expertenmeinungen und Erfahrungsberichte (Evidence IV). Man wollte mit der Etablierung dieses Kompetenzfeldes den praktizierenden Ärzten durch Anwendung der statistisch-epidemiologischen Erkenntnisse eine Entscheidungshilfe an die Hand geben. Dabei scheint es mir aber offensichtlich, dass es unmöglich ist, für jede therapeutische Anwendung eine statistisch-epidemiologische Beweisführung der Wirksamkeit herbeizuführen. Eine Beweisführung ist in vielen Bereichen der Medizin entweder nicht durchführbar oder zu umständlich.

Fast alle ärztlichen Handlungen, die komplett unstrittig sind, sind nicht evidenzbasiert und werden es nie sein. Das Fehlen von bewiesenem Nutzen und das Fehlen von Nutzen sind aber nicht das Gleiche. So hilft die Akupunktur seit 5 000 Jahren und wird weiter helfen, ob man das beweisen will oder nicht. Genauso unbewiesen, aber dennoch sicher hilft das Aspirin bei Kopfschmerzen und Fieber, genauso wie Hunderte von anderen Medikamenten und Therapieformen.

Die EBM-Anhänger versprechen Ärzten und Patienten eine erhöhte Sicherheit bei der Anwendung eines Medikamentes oder einer Therapie, wenn sie ihre Wirksamkeit statistisch-wissenschaftlich bestätigt haben. Es scheint auf den ersten Blick sinnvoll zu sein, die Therapiemaßnahmen sicherer zu machen, aber aus meiner Sicht ist es eine glatte Täuschung. Nehmen wir eine medikamentöse Therapie: Bevor ein Medikament in Deutschland zugelassen wird, erfolgt eine komplizierte Prüfung, die viele Stufen durchläuft. Das hat man auch so gemacht, bevor der EBM-Begriff im Jahr 1993 eingeführt wurde. Somit bringt die EBM hier also keine zusätzliche Sicherheit. Nehmen wir nun die nicht medikamentöse Therapieform. Jede Therapie statistisch zu überprüfen, ist logischerweise nicht möglich. Das sollte jedem verständlich sein. Die EBM-Anhänger beharren aber darauf, dass nur das, was mit ihren Statistiken überprüft worden ist und „einen hohen Evidenzgrad“ hat, unbedenklich angewendet werden darf. Schlimmer noch, sie wollen ihre Philosophie anderen aufzwingen. Dabei werden absolut unstrittige Therapiemethoden und Medikamente infrage gestellt. Alle anderen nicht evidenzbasierten oder, wie sie es nennen: *eminenz*-basierten Therapien und Medikamente stellen sie infrage. Die Bedeutsamkeit der Expertenmeinung wird energisch infrage gestellt. Der EBM-Wissenschaftler braucht kein Fachmann oder Experte zu sein, um seine Therapieempfehlungen an Praktiker weiterzugeben. Es reicht, wenn er belesen ist und die

Studienlage kennt. Dabei urteilt er an seinem Schreibtisch nach Hörensagen und Aktenlage über wichtige klinische Diagnostik- und Behandlungsstrategien. Mich ängstigt die Leichtsinnigkeit solcher auf fragwürdigen Studien basierenden Therapieempfehlungen. Auf der einen Seite propagieren die EBM-Verfechter: Nicht die Krankheit behandeln, sondern den Patienten. Auf der anderen Seite und ohne jegliche Unterbrechung, und auch für diese Wissenschaftler wohl unbemerkt, wird das Credo der EBM in den Vordergrund geschoben: Nur das, was bei einem großen Patientenkollektiv bewiesenermaßen hilft, kann auch dem Einzelnen helfen. Ich frage in diesem Zusammenhang die EBM- und Psychosomatik-Verfechter, all die, die immer wiederholen, dass wir nicht die Krankheit behandeln sollen, sondern den Patienten: Wo ist denn Ihre Logik geblieben? Was ist passiert, wenn eine Therapie ohne EBM-Bestätigung hilft? Alles Placebo, behaupten Fachleute, ohne wirklich über die Grenzen der Placebos Bescheid zu wissen. Jeder Arzt, der Patienten behandelt, weiß jedoch, dass die Möglichkeiten eines Placebos sehr schnell ausgeschöpft sind. Das Placebo hilft nur in extrem leichten Fällen. Hat der Patient wirklich ein ernsthaftes gesundheitliches Problem, zeigt ein Placebo niemals eine dauerhafte Wirkung. An dieser Stelle muss auch erwähnt werden, dass britische Wissenschaftler dafür plädieren, Placebos häufiger einzusetzen, da sie eine gute und preiswerte Therapie sein können. Aber: Wer als Patient möchte zuerst Placebos schlucken und erst, wenn keine Besserung eintritt, das richtige Medikament?

Wie brauchbar sind hier die Beweise der Evidence Based Medicine? Nehmen wir ein Beispiel: Man behandelte ein Patientenkollektiv von 6 000 Menschen, die an derselben Erkrankung X leiden, mit einem bestimmten Medikament Y über einen Zeitraum von fünf Jahren. Man hat eine verminderte Mortalitätsrate von 17 % gegenüber der Kontrollgruppe festgestellt. Das heißt,

wenn in einer Kontrollgruppe innerhalb von fünf Jahren 100 Menschen starben, starben in der Gruppe der Patienten, die behandelt wurden, nur 83 Menschen. Welche Rückschlüsse zieht ein EBM-Wissenschaftler daraus? Folgende: Das Medikament Y ist bei Erkrankung X dem Placebo überlegen, und das ist jetzt statistisch bewiesen. Man muss Patienten mit der Erkrankung X mit dem Medikament Y behandeln, dann leben sie länger. Diese Erkenntnis wird bei einer Fachgesellschaft für die Krankheit X in allen Leitlinien für Ärzte fixiert. Der Arzt, der einen Patienten mit der Erkrankung X mit dem Medikament Y nicht behandelt, begeht einen Kunstfehler. Das ist die Logik der EBM.

Welche Schlussfolgerung würde ich aus dieser Studie ziehen? Folgende: Die ausgerechnete Senkung der Mortalität von 17 % ist ein Durchschnittswert. Aber ein Durchschnittswert ist auf ein Individuum nicht übertragbar. Außerdem könnte es auch sein, dass die verstorbenen 87 Patienten, die mit Medikament Y behandelt wurden, sowohl insgesamt als auch einzeln kürzer lebten, als die 100 verstorbenen Patienten in der Kontrollgruppe, die nicht behandelt wurden. Es könnte also sein, dass diese 87 Patienten am Tag 1 gestorben sind und in der Kontrollgruppe 100 Patienten erst am letzten Studientag. Was ist besser? Insgesamt gab es weniger Tote in der Verum-Gruppe. Aber nicht jeder Patient, der behandelt wurde, lebte unter Therapie länger. Mancher starb durchaus früher, so als wäre er gar nicht behandelt worden. Die Effizienz des Medikaments Y ist also zunächst nur auf eine diffuse Patientengruppe von 6 000 Menschen beziehbar und bei einem konkreten Patienten aus noch nicht bekannten Gründen vielleicht gar nicht anwendbar. Und nun zu meiner zweiten Anmerkung: Man hat ein Medikament Y entwickelt, seine Wirksamkeit wurde in mehreren Stufen überprüft und nachgewiesen. Nach seiner Zulassung müsste dieses Medikament Y den Patienten mit Erkrankung X, die es benötigen, verordnet werden, damit sie vermutlich länger und mit besserer

Lebensqualität leben. Was sehen wir? Man hat eine Kontrollgruppe von Patienten mit der Erkrankung X gebildet, die in der Rolle der Versuchskaninchen fungierten. Man hat sie nicht behandelt. Und sie lebten logischerweise insgesamt kürzer als die Patienten, die man therapierte. Chemiker, Pharmakologen und Biologen entwickelten doch ein Medikament, das wirkt. Man hat dabei alle (sehr strengen) Zulassungsvoraussetzungen für die Einführung dieses Medikamentes erfüllt. Ob dieses Medikament wirklich gut ist, das kann man in der Praxis in kürzester Zeit sehen. Vorausgesetzt man analysiert das Krankheitsbild des Patienten und besitzt Realitätssinn, Erkenntnisfähigkeit und Logik. Ich stelle fest: Man hat im Namen der Wissenschaft einer Gruppe kranker Menschen keine adäquate Hilfestellung zukommen lassen. Aus welchem Grund auch immer.

Wenn man einen Patienten mit Asthma oder Hypertonie mit einem Medikament behandelt, das auf diese Krankheit eine unstrittige positive Wirkung hat, dann lebt der Patient (oder leben 6 000 andere Patienten) im Schnitt länger. Das ist nichts Neues. Manche Sachen verlangen nach keinem Beweis. Als müsste alles unbedingt überprüft oder bewiesen werden. Vieles in unserem Leben erklärt sich von selbst und verlangt nach keinem weiteren Beweis. Somit hat eine solche statistische EBM-Wissenschaft keine Relevanz für die Praxis und ist in meinen Augen auch oft unmoralisch. Sie bewegt sich zwischen Wissenschaften wie der Biologie und Biochemie und der medizinischen Praxis und stört die optimalen Abläufe und den Informationsaustausch. Viele wirklich gute Medikamente wurden durch EBM-Studien als unwirksam erklärt, wobei jeder Praktiker weiß, dass sie gut sind. Hier ein paar Beispiele: Theophyllin bei Asthma bronchiale, Pentoxifyllin bei einer Gefäßverengung, Herzglykosiden bei Herzinsuffizienz, Cinnarizin bei Gehirndurchblutungsstörungen oder schmerzlindernde und entzündungshemmende Salben bei Wirbelsäulenerkrankungen. Die Arbeitsergebnisse

von Wissenschaftlern wie Biochemikern, Pharmakologen und Biologen, die zu wirksamen Medikamenten führten, die jahrelang Patienten Linderung brachten, werden durch diese Studien für nichtig erklärt. Somit rückt für mich die sogenannte Evidence Based Medicine (*Neuwiss*) die Wissenschaft in ein schlechtes Licht, was der Wirklichkeit nicht gerecht wird.



Die Anfertigung von EBM-Statistiken wird bei verschiedenen Wissenschaftlern in Auftrag gegeben, und die Statistiken laufen dann logischerweise auf ein bestimmtes Ergebnis hinaus. All diese EBM-Wissenschaftler sind in Teams organisiert, die durch verschiedene Interessenvertreter unterstützt werden, um am Ende eine für sie oder für ihre Arbeitgeber relevante Information präsentieren zu können. Das kann der Beweis der Wirksamkeit eines konkreten Medikamentes bei einer konkreten Krankheit sein oder umgekehrt – der Beweis, dass dieses Medikament bei dieser Krankheit nutzlos ist. Das Ergebnis dieser Wissenschaft ist durch die Leute vorprogrammiert, die den wissenschaftlichen

Auftrag gegeben haben. Als Folge solcher Handlungen kommt nicht unbedingt ein neutrales medizinisch-wissenschaftliches oder sozial-wissenschaftliches Ergebnis heraus.

Bei einer Revision der wissenschaftlichen Erkenntnisse heißt es dann später, die Medizin befände sich doch im ständigen Wandel. Aber das ist so pauschal nicht richtig; wissenschaftliche Erkenntnisse, die fundiert und richtig sind, werden auch in 20 oder 30 oder 100 Jahren noch fundiert und richtig sein. Und was falsifiziert ist, wird mit der Zeit offensichtlich. Manche der Statistik-Wissenschaftler glauben in der Tat an ihr *Newwiss* und an die große Bedeutsamkeit ihres Werkes. Und sie wollen mit allen Mitteln die Ergebnisse ihrer Tätigkeit für die behandelnden Ärzte verbindlich machen, sie versuchen mit allen Mitteln, alles in Leit- und Richtlinien zu fixieren. Das proklamierte Ziel der EBM ist es, medizinische Fehler zu vermeiden, damit nur wirksame und sichere Therapien von Krankenkassen oder Patienten bezahlt werden. Doch die EBM ignoriert nach meiner Ansicht die persönlichen Erfahrungen des Arztes, seine Eindrücke und sein Gespür bei der Diagnostik und der Therapiekonzipierung. Die EBM führt zur Robotisierung der Ärzteschaft. Vielleicht wäre alles halb so schlimm, wenn die EBM dabei nicht so aggressiv und fordernd wäre. Die Anhänger der EBM wollen ihre Art zu denken und zu behandeln amtlich und bindend machen. Ich halte diese Strategie für das Hauptproblem. Sie stellen Behandlungsmethoden infrage, die Jahrhunderte überlebt haben, stets erfolgreich waren und heute noch sind. Sogar das Fachgebiet der Chirurgie wollen sie evidence based machen. Die chirurgischen Verfahren hätten wenig Evidence. Es sei nicht bewiesen, dass es sich lohnt, Knochenbrüche oder eine Blinddarmentzündung zu behandeln. Vielleicht geht es auch ohne Operation? Ich mache jetzt keine Witze. Die britischen Wissenschaftler haben sich jetzt auch die Chirurgen vorgeknöpft.

Auch Medikamente der Notfallversorgung, die sich millionenfach und überall in der Welt als sinnvoll erwiesen haben, werden infrage gestellt. Ich möchte gerne mal sehen, wie man einen EBM-Wissenschaftler, der bei einem Asthma-Anfall keine Luft kriegt und fast am Erstickenden ist, ohne das von ihm verbannten Theophyllin behandelt. Ich wette, er würde in fünf Minuten alles revidieren, was er EBM-gestützt behauptet hat. Er würde flehen, dass man ihm das Theophyllin, das Medikament mit einem niedrigen Evidenzgrad, verabreicht.



Die sogenannte Evidence Based Medicine ist in meinen Augen nicht nur teuer und sinnlos, sondern für die Gesellschaft und für jeden Einzelnen von uns auch gesundheitsschädigend. Ich höre oft, wie in Diskussionen der eine oder andere Teilnehmer immer wieder mit seinem Wissenschafts-Hammer dazwischenschlägt. „Das ist wissenschaftlich bewiesen“, behauptet er und glaubt fast fanatisch daran, was er da sagt. Die anderen müssten es auch tun, glaubt er. Ist doch wissenschaftlich bewiesen. Als wäre es

der liebe Gott, der in der Rolle des Wissenschaftlers geforscht und bewiesen hat. Der Diskussionsteilnehmer weiß, nach dieser Bemerkung – wissenschaftlich bewiesen – nimmt ihm die Gegenseite so ziemlich alles ab. Diesen Stil, eine Diskussion zu führen, wobei man den Sprachausdruck „wissenschaftlich bewiesen“ gebetsmühlenartig wiederholt, ist in der heutigen Zeit leider üblich geworden. Viele Menschen tendieren heute scheinbar zur Vereinfachung und nehmen alles so, wie es ist, ohne nachzuhaken.

In der Kriminalistik spielt das Motiv eine wichtige Rolle. Das Suchen und die Analyse des Motivs eines Verbrechens stehen im Mittelpunkt der Wahrheitsfindung. Bei der Analyse der Ergebnisse von wissenschaftlichen Studien wird dem sehr wichtigen Gesichtspunkt, dem Motiv, also warum diese Studie gemacht wird, von wem und wer den Nutzen hat, keine oder fast keine Rolle beigemessen. Obwohl gerade das Motiv oft eine entscheidende Rolle bei der Einschätzung der Relevanz dieser wissenschaftlichen Erkenntnisse spielt. Und um was für Motive könnte es sich handeln, die hier wichtige Rollen spielen? Der Wunsch nach Bereicherung, nach Macht- und Einflussnahme, der Drang nach einer höher bezahlten Position? Oft sind es karrierebezogene und leicht durchschaubare Gründe, die Menschen antreiben. Deswegen sollte man meiner Meinung nach, bevor man wissenschaftlichen Erkenntnissen blind Glauben schenkt, zunächst die Frage stellen: Wem nützen diese wissenschaftlichen Erkenntnisse, wer profitiert davon? Gibt es ein Motiv? Dadurch ließen sich viele Problematiken schon im Keim ersticken, denn oft liegen die persönlichen Interessen klar auf der Hand und machen die Analyse der Relevanz mancher wissenschaftlichen Arbeit einfacher. Mit der Aussage, das sei wissenschaftlich bewiesen, sollte man also vorsichtig umgehen. Blinder Glaube ist meistens kontraproduktiv.

Die medizinische Welt ist bei der Bewertung der EBM polarisiert. Es gibt Kollegen, die an die EBM voll und ganz glau-

ben. Wenn die Wirksamkeit eines Medikaments in einer Studie nicht bestätigt wurde, sprechen sie diesem Medikament jegliche therapeutische Effizienz ab. Diese Kollegen sind gewillt, allen Leitlinien zu folgen, und sie glauben ebenso blind an die Versprechungen der Medizinpolitik und der Pharmaindustrie. Sie nehmen alles sehr genau und sehr konkret an. Und wenn die Wissenschaft morgen behaupten würde, dass die Erde eine Scheibe sei, die auf drei Elefanten liege, was würden sie dann sagen?



Die anderen aber, die kritisch denken, verzweifeln fast, wenn sie irgendetwas von EBM hören. Hinter dem Spruch „Das ist wissenschaftlich bewiesen“ wird der tatsächliche Sinn versteckt. „Das ist statistisch bewiesen“, so müsste es korrekt heißen. Denn die Statistik ist das Hauptinstrument der Evidence Based Medicine. Und jeder Normalbürger weiß von der Doppeldeutigkeit jeder Statistik. Oder um es mit den Worten von Winston Churchill zu sagen: „Ich glaube nur an die Statistiken, die ich selbst

gefälscht habe.“ Ich würde vorschlagen, die Evidence Based Medicine (EBM) in Statistikbasierte Medicine (SBM) umzubenennen. Damit jeder versteht, was wirklich dahintersteckt.

Die Vertreter der EBM scheinen sich eine automatische Akzeptanz ihrer Handlungen zu wünschen. Wenn ein Gremium der EBM 10 Millionen Euro in ihre wissenschaftlichen Daten gesteckt hat, rechnet es damit, dass alle Beteiligten diese Ergebnisse akzeptieren. Wenn ein EBM-Vertreter und Politiker, der die Möglichkeit hat, in den Medien aufzutreten, etwas behauptet, hoffen sie natürlich alle auf allgemeine Akzeptanz dieser Aussage. Wenn Professor X von der *inneren Partei* behauptet, das Medikament Y wäre schlecht (oder gut), dann soll das von einem kleinen *Arzt-Prolet* nicht infrage gestellt werden. Sagt man dem Arzt: „Ab jetzt gibt es keine herkömmlichen Diagnosen mehr, ab jetzt gibt es nur noch ICD-Diagnosen. Das sind die einzig richtigen“, muss er das nicht nur ausführen, er soll auch daran glauben.

Falsche Vorstellung vom Teamgeist

Ich beobachte unentwegt, dass die sogenannte Teamfähigkeit und der sogenannte Teamgeist von allen Seiten aufs Höchste gepriesen werden. Natürlich ist es ein gutes Gefühl, zusammen mit Kameraden für eine gemeinsame Sache zu kämpfen. Allerdings, wenn man die gemeinsamen Anstrengungen in die falsche Richtung leitet oder wenn man die Ziele falsch anpeilt, ist der Schaden, der dadurch entsteht, noch größer. Die großen Volksparteien geben den Ton an. Es entsteht der Eindruck, die großen Volksparteien verstehen nicht richtig, was echten Teamgeist ausmacht. Eine Partei spielt als Team, wobei die Gegenpartei immer kritisiert und blockiert wird. Wenn Partei A Ja sagt, muss Partei B unbedingt Nein sagen. Das gehört zum Prinzip. Wenn eine Partei sich ein Ziel setzt, wird das Ziel mit

allen Mitteln verfolgt, egal ob das für die Allgemeinheit gut oder schlecht ist. Man hat eben Teamgeist. Das ist in meinen Augen eine ganz schreckliche Tendenz. Das Gleiche kann man auf die Krankenkassen, auf die therapierende Ärzteschaft, auf verschiedene Ärztevereinigungen, viele Gesundheitsinstitutionen inklusive Patientenvereinigungen übertragen. Jeder zieht die Decke mit aller Gewalt an sich, ohne sich darum zu kümmern, was der Nächste dabei abbekommt. Gesundheitspolitiker, Vertreter der kassenärztlichen Vereinigungen, Pharmavertreter, Vertreter der forschenden Pharmaunternehmen, Vertreter der Generikapharmaunternehmen, Patientenvertreter für jede Krankheit, Vertreter der gesetzlichen Krankenkassen, Vertreter der privaten Krankenkassen, Hausärztevertreter, Fachärztevertreter – alles hingebungsvolle Menschen, die in Teams organisiert sind. Jeder Vertreter kämpft für sein Team. Er muss teamfähig sein, sonst fliegt er raus und kriegt sein Gehalt nicht ausgezahlt. Und die Teammitglieder kümmern sich nicht besonders darum, ob die Tätigkeiten, die sie ausführen und honoriert bekommen, überhaupt Sinn machen. An einer realitätsnahen, sinnvollen Arbeit sind sie nicht interessiert, jedes Team arbeitet von Anfang an auf das gewünschte Ergebnis hin. Dabei entwickeln diese Teams in ihrem Kampf gegeneinander ein solch destruktives Potenzial, dass eine sinnvolle Entscheidung, die den Bürgern dienen könnte, schon im Keim erstickt wird.

Auch jedes medizinische Team kennt die Spielregeln. Und hier erweist sich die Evidence Based Medicine von unschätzbarem Wert. Diese EBM-Wissenschaft, genauso wie der Begriff der EBM selbst, lässt sich an nahezu jede Aufgabe anpassen. Das Pharmateam behauptet, dass die evidenzbasierte Wirksamkeit ihrer Medikamenteninnovationen ein Argument für die Aufnahme in die Kassenleistungen ist. Das Kassenteam und das Politikerteam wollen die Kosten senken und stiften sich ein Institut, das so angelegt ist, dass ein Team wirtschaftlich-

wissenschaftliche Argumente dafür sucht, die innovativen teureren Medikamente aus der Kassenleistung auszuschließen. Die Wissenschaftler, angeheuert für gutes Geld, bezahlt durch die Gesundheitspolitik und von den Krankenkassen (Steuergelder), erzählen den Ärzten dann, was wirkt und was nicht. Aber wer behandelt die Patienten? Praktizierende Ärzte oder diese Wissenschaftler? Mehrmals konnte ich in meiner praktischen Arbeit die Empfehlungen sowohl der ersten (Pharmateam) als auch der zweiten (Politikteam) Wissenschaftlergruppe nicht nachvollziehen. Die Antibiotika, die nicht helfen sollen – sie helfen. Die Medikamente, die nicht wirken sollen – sie machen Patienten beschwerdefrei. Die Medikamente, die angepriesen wurden – sie helfen dagegen überhaupt nicht. Mir scheint, diese Teammitglieder spielen nur für ihr Team und gegen die anderen. Und sie nutzen die Spielregeln, die sie selbst festgesetzt haben. Es ist nicht leicht, gegen sie zu gewinnen.

In Russland gibt es einen genialen Kabarettisten namens Michael Zwanetskij. Schon in der Sowjetzeit lachte das ganze Land über seine Sketche, in denen er sich über unsere bittere Realität hermachte und kein Blatt vor den Mund nahm. Einmal sagte er: „Man darf niemals über den Geschmack von Bananen und Kokosnüssen streiten (in der Sowjetunion hatte kein Mensch je eine Banane oder eine Kokosnuss gesehen und erst recht nicht gegessen), besonders nicht mit den Menschen, die sie gegessen haben.“ Das trifft auch auf unsere ärztliche Realität zu. Viele, die sowohl von Medizin als auch von der Organisation in der Medizin keine Ahnung haben, halten sich für Meinungsbildner, sagen den behandelnden Ärzten, wo es langgeht, und treffen richtungsweisende, milliardenschwere Entscheidungen. Bezahlen dafür müssen die anderen. Unsere Gesellschaft weigert sich zu verstehen, dass es niemals aufwärtsgen wird, wenn sie unfähige Leute für sich arbeiten lässt. Wenn man das Leben für die Bürger schwermachen will, muss man unfähige Leute

aussuchen und ihnen die Macht übergeben. Sehr bald gibt es dann Krieg, Hungersnot, schlechte medizinische Versorgung und andere schlimme Umstände.

Lüge, *Bullshit*, krankhafte Toleranz – all das stinkt zum Himmel

In seinem Bestseller „Bullshit“ bezeichnet der amerikanische Autor Harry G. Frankfurt Personen, die über Sachen reden, von denen sie keine Ahnung haben, als *Bullshitter*. Sie lügen aus eigener Inkompetenz und Dummheit und haben doch keine Schuld daran. Denn man verlangt von diesen Menschen etwas, wozu sie gar nicht in der Lage sind. Sie müssen also improvisieren, lügen, sich als Spezialisten ausgeben. Da arbeitet eine ehemalige Funktionärin des Kommunistischen Bundes Westdeutschland und ehemalige Lehrerin jetzt als Gesundheitsministerin, ein gescheiterter Arzt als Chef-Gesundheitsberater, ein gerade aus einer psychiatrisch-psychosomatischen Klinik entlassener verbeamteter Lehrer erzählt den Schülern, wie sie sich zu benehmen haben und wie man mit seinen Mitmenschen umgehen soll, dilettantische Professoren schreiben furchterregende therapeutische Leitlinien für Ärzte, die Liste ließe sich leicht verlängern.

Aber sie alle sind nicht wirklich schuld daran. Die Schuld sollte man bei denjenigen suchen, die diese Leute in ihre Positionen gebracht haben und ihre Tätigkeit jetzt stillschweigend tolerieren. Im Falle der Lehrerin als Gesundheitsministerin und ihres Beraters ist die Gesellschaft somit selbst schuld. Diese Leute machen nur das, was sie können, aber sie können eben zu wenig. Eine totalitäre Gesellschaft ist immer eine Gesellschaft der Lügner und der Belogenen. Der Weg zum Totalitarismus beginnt damit, dass der Lügner (*Bullshitter*) unbestraft bleibt,

ja, noch schlimmer, als intelligenter Mensch dargestellt und respektiert wird. Eine totalitäre Gesellschaft kann nur verlogen sein, sonst ist sie nicht funktionsfähig. Solange Menschen in einer Gesellschaft ihre Meinung öffentlich und ungestraft äußern dürfen, solange sie gegen die politische Lüge kämpfen dürfen, solange die politische Lüge strafbar bleibt, so lange bleibt die Gesellschaft nicht totalitär. Somit entspricht der Grad der Verlogenheit einer Gesellschaft ihrem Grad an Totalitarismus.

Es ist zumindest für mich sehr besorgniserregend, dass in der letzten Zeit das Bild eines Lügners in den Medien immer mehr verharmlost wird. Die Lüge ist ein Thema geworden. Ich vermute, dass es Politiker gibt, die ein Interesse daran haben, die Lüge gesellschaftsfähig werden zu lassen. Ausgewählte Professoren arbeiten in einem *Ministerium für Wahrheit* an einem passenden Fundament. Man sieht Psychologen, Meinungsforscher, Medienfachleute, Spezialisten für Lügen im Fernsehen, man liest in großen Zeitschriften Reportagen über Lügen. Das Thema ist allgegenwärtig. Man hat gemerkt, wie dreist Politiker lügen, und jetzt wollen sie sich einfach als normale Lügner in ein gutes Licht stellen. Dafür werden PR-Leute engagiert, die mit allen Mitteln beweisen wollen, dass Lügen ganz normal ist. Wenn alle lügen, dann darf auch der Politiker ab und zu lügen. Das ist die Logik. Dabei wird jemand, der übertreibend zu seiner Schwiegermutter sagt, dass ihre Suppe lecker schmecke, mit einem Politiker gleichgestellt, der die Gesellschaft durch eine Lüge in eine Sackgasse geführt und Milliarden von Steuergeldern zum Fenster hinausgeworfen hat. Es kommt wieder zu einer Verallgemeinerung des Begriffs und zum orwellschen *Newsprech* und *Zweidenk*. Lüge, ein Wort für alles, von einer leichten Übertreibung bei einem Smalltalk im Familienkreis bis zu einer milliarden schweren ökonomischen Misswirtschaft auf höchstem staatlichem Niveau. In Orwells Roman ist die Hauptperson Winston Smith beim *Ministerium für Wahrheit* tätig. Er ist im

heutigen Sinne ein typischer PR-Mann, der dafür bezahlt wird, Propaganda zu machen, Stimmungen zu steuern. Dafür wird er verhältnismäßig gut bezahlt. Auch in unserer Gesellschaft leben die Menschen, die PR-Arbeit machen und den Politikern helfen, die Meinung der Allgemeinheit zu manipulieren, besser als die anderen. Sie sind frei nach Orwells anderem Roman „The Animal Farm“ „gleicher“ als die anderen und sie werden nicht selten mit Steuergeldern bezahlt.

Die Politiker, auch die Gesundheitspolitiker, dürfen heutzutage ganz offiziell lügen, ohne dass sie mit irgendwelchen Konsequenzen rechnen müssen. Und sie transferieren die Gelder aus den Taschen der Bürger in die Taschen der *inneren Partei* durch gewollte oder ungewollte Veruntreuung von Steuergeldern. Die Spielregeln im Gesundheitswesen erscheinen mir aktuell so auffällig widersprüchlich, so verlogen und überholt, dass man sehr naiv sein muss, um auf spürbare Verbesserungen und sinnvolle Einsparungen zu warten. Doch die Gesellschaft toleriert das alles. Mit diesen Spielregeln kann keiner gewinnen, außer denen, die diese Regeln für sich selbst oder auf ihr Team zugeschnitten haben. Wenn die Krankenkassen eine Leistung nicht bezahlen wollen, sagen sie dem Patienten nicht (vielleicht dürfen sie das auch nicht sagen), dieses Verfahren sei ihnen zu teuer. Sie sagen, diese Untersuchungsmethode, dieses Medikament, diese Therapie sei schlechter oder weniger vorteilhaft gegenüber den anderen Therapien. Sie sagen, der Nutzen dieses Verfahrens sei nicht bewiesen. Deswegen würden sie die Kosten nicht übernehmen. Dabei wirft man alles in einen Topf. Auch das, was eindeutig klinisch effizient und oft unumgänglich für einen Patienten ist. Und die Gesellschaft toleriert auch das!

Was man als Kassenleistung deklariert und was nicht, darüber entscheidet der sogenannte Gemeinsame Bundesausschuss (g-ba) der Ärzte und der Krankenkassen. Zwanzig Mitglieder (zehn Ärzte und zehn Kassenvertreter) sprechen ihr Verdikt aus.

Damit alles wissenschaftlicher aussieht, hat sich der Ausschuss ein medizinisches Institut zugelegt, das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit in der Medizin, das sich methodisch der Evidence Based Medicine und weiterer Statistiken bedient. Schlechtes ist gut, Gutes ist schlecht, so heißt es normalerweise am Ende der Forschungen. Bei manchen Empfehlungen dieses Instituts – sowohl pro, als auch contra – wird sich sicher so mancher Arzt, der in der Praxis seine Patienten behandelt und ihre Krankheitsbilder täglich analysiert, nur an den Kopf fassen. So verrückt erscheinen diese Empfehlungen. Als Beispiel eines auffälligen Unwissens sehe ich einen g-ba-Beschluss zum Thema Akupunktur. Bei aller meiner Zufriedenheit (ich darf weiter akupunktieren, weil ich alle Qualifikationsvoraussetzungen der g-ba erfülle) kann ich nicht ohne ein Schmunzeln dieses Dokument lesen. Einem Akupunkturarzt vorzuschreiben, wie viele Nadeln er benutzen darf (7 bis 15 Nadeln pro Knie) und wie lange sie „drin“ sein dürfen, ist starker Tobak. Die Anwendung der Akupunktur nur auf zwei Indikationen zu beschränken (Kreuz- und Kniegelenkschmerzen), weil ihre Wirksamkeit aus den Positionen der EBM bei diesen Indikationen bewiesen ist und bei anderen Erkrankungen, wie zum Beispiel Kopfschmerzen, nicht bewiesen ist, ist in meinen Augen lächerlich. Als ich dieses Dokument zu Ende gelesen hatte, fragte ich mich: Und wo ist nun die Unterschrift von Leonid Breschnew oder Erich Honecker? Ist eine solche Verlogenheit, wenn Sie wollen „Bullshit“, annehmbar? Ist sie tolerierbar? Warum kann man nicht alles beim Namen nennen? Warum sagt man nicht gleich, man hat zu wenig Geld, um Akupunktur bei allen infrage kommenden Beschwerdebildern zu bezahlen? Deswegen hat man sich auf das Wesentliche konzentriert. Das wäre doch für jeden verständlich. Die Tätigkeit dieses Ausschusses kostet doch der Allgemeinheit viel Geld. Ist das Produkt, das dieser Ausschuss hervorbringt, all dieses Geld wert? Muss man so etwas akzeptieren? Wenn

die Gesellschaft kein Geld hat, um die Akupunkturleistungen bei anderen Indikationen zu bezahlen, sollte man es dem Volk auch direkt so sagen. Der Bürger wird dann selbst entscheiden, was er macht, ob er für eine Akupunktur selbst bezahlt oder nicht. Aber einfach zu behaupten, die Akupunktur wäre bei Kopfschmerzen oder Schulterschmerzen unwirksam und deswegen würden keine Kosten von den Kassen übernommen, erscheint mir wie ein reiner Vorwand. Hier kommt wieder das *Zweidenk* ins Spiel. Alle wissen, worum es geht, und alle tun so, als wäre es anders, und schweigen. Solche Toleranz kann man mit der Toleranz vergleichen, die Passanten gegenüber einem Hundebesitzer aufbringen, der seinen Hund sein Geschäft mitten auf dem Bürgersteig machen lässt. Man sagt nichts dazu, man toleriert es, man schaut weg. Und dann laufen alle Passanten mit dreckigen Schuhen auf stinkenden Gehwegen einher. Eine Sache zieht die andere nach sich. Das ist keine positive, menschenfreundliche Toleranz. Eine überzogene Toleranz zeigt jetzt ihre Kehrseite. Man schaut allzu oft lieber weg, man vermeidet klare Worte und scheut Kritik. Derjenige, der kritisiert, wird schnell als Nestbeschmutzer verunglimpft oder als Unruhefister gebrandmarkt. Naturgemäß sind die Toleranten nur gegenüber anderen Toleranten tolerant. Wenn ein Toleranter eine abweichende Meinung hört, die ihn beunruhigt, wird er zu einer intoleranten Bestie. Hier ist seine Toleranz zu Ende. Er ist immer bereit, den Andersdenkenden in Stücke zu reißen. Das kenne ich aus meiner Sowjetzeit. Und das heißt für mich: Eine krankhafte Toleranz ist die Vorstufe und die bewegende Kraft des *Bullshits*, *Neusprechs* und *Zweidenks*.

2. Kapitel

Allgemeinmedizin: Königsdisziplin oder Mädchen für alles?



Der Berufsweg des Allgemeinmediziners

Über 25 % der Studenten, die ein Medizinstudium angefangen haben, arbeiten nach dem Studium nicht als behandelnde Ärzte. Sie gehen in die Pharmaindustrie, zu den Krankenkassen oder machen etwas völlig Fachfremdes. Diese Prozentzahl ist erschreckend, besonders wenn man berücksichtigt, dass zunehmend in immer mehr Gemeinden die allgemeinmedizinische Versorgung zusammenbricht. Gleichzeitig ist es momentan für einen Abiturienten fast unmöglich, einen Studienplatz in Medizin zu bekommen, wenn sein Abiturdurchschnitt schlechter als 1,4 ist. Eine sehr harte und vor allem sehr fragwürdige

Auswahl. Die Resultate dieser Selektion sind ganz offensichtlich nicht zufriedenstellend, da die Zahl der Studenten, die nach dem Medizinstudium keine ärztliche Tätigkeit ausüben wollen, sehr hoch ist. Dazu kommt, dass viele nach den ersten Erfahrungen mit dem deutschen Medizinbetrieb und dem deutschen Gesundheitswesen nach Norwegen oder England auswandern. Zwischen 2000 und 2006 haben 12 000 Ärzte (zwölftausend, kein Druckfehler!) Deutschland verlassen. Mit einer schlechteren Abiturnotennote als 1,4 müssen die Abiturienten warten. Wie lange sie warten müssen, ist aber nicht bekannt. Die zuständigen Gremien halten das für normal, die jungen Leute so lange schmoren zu lassen. Es kümmert sie nicht, dass Warten ohne eine konkrete Frist zermürend ist. Das macht die jungen Menschen auch nicht gesünder oder psychisch stabiler. Das interessiert aber keinen. Gleichgültigkeit und eine schematische Regelung für die wichtigste Entscheidung im Leben eines jungen Menschen, die Berufswahl, lassen viele verzweifeln oder sie ergreifen gleich einen ungeliebten Beruf. Und wer diese Durststrecke finanziell nicht durchhält, hat sowieso verloren.

Man sagt, die Universitäten hätten jetzt die Möglichkeit, die Studenten selbst auszuwählen. Das stimmt aber nicht. Die Universitäten haben ja keine Finanzmittel, um so eine Auswahl zu organisieren. Das macht nach wie vor die Zentrale Vergabestelle (ZVS). Deswegen ist die Behauptung, dass die Unis jetzt die Möglichkeit hätten, die Studenten selbst auszuwählen, auch dem Bereich *Neusprech* und *Zweidenk* zu zuordnen. Außerdem werden immer häufiger psychologische Tests als Eignungstests angewendet, die nach meiner Ansicht Fragen enthalten, die mindestens fragwürdig sind. Um eine sinnvolle Auswahl von Abiturienten zum Studium der Medizin zu gewährleisten, reicht es nicht, sie auf Fragen, zusammengestellt von einem Psychologen, antworten zu lassen. Wäre es nicht fairer, den Abiturienten mit einigermaßen guten Abiturnoten 500 Fragen aus den Bereichen

der Biologie, Chemie und Mathematik vorzulegen, um sie dann in Form des Multiple-Choice-Verfahrens zu prüfen? Wenn ein Abiturient den notwendigen Prozentsatz der richtigen Antworten erreicht hat, hat er bestanden. Wenn nicht, dann weiß er wirklich zu wenig und hat keine Berechtigung Medizin zu studieren. Dies wäre zumindest eine faire Auseinandersetzung mit der Konkurrenz. Die Abiturnote kann natürlich in irgendeiner Form auch berücksichtigt werden, sie sollte aber nicht entscheidend sein. Ist es wirklich ein Problem, so etwas zu organisieren? Ein derartiges Verfahren lehrt die jungen Menschen, zielorientiert und pragmatisch zu denken. Und es gibt ihnen den Mut zu kämpfen. Sonst fühlt sich der Abiturient wie ein Boxer, der sich auf einen Boxkampf vorbereitet. Er weiß aber, dass sein Gegner im Ring höchstwahrscheinlich nicht mit Boxhandschuhen, sondern mit einem Baseballschläger auf ihn wartet. Eine Vorgehensweise, wie sie in der Auswahl der Medizinstudenten zurzeit praktiziert wird, demoliert das Selbstbewusstsein eines jungen Menschen und zeigt ihm, dass es im Leben nur Chaos und Verlogenheit und keine Gerechtigkeit gibt. Das schadet immens, nicht nur jungen Leuten, sondern und vor allem der Gesellschaft. Unter den übrigen Studenten, die doch noch ihre ärztliche Tätigkeit aufnehmen, werden nicht nur Geeignete für den Arztberuf sein. Und nach dem Studium geht es nicht besser weiter. Um seinen Facharzt für Allgemeinmedizin zu machen, müssen die jungen Ärzte mehrmals ihren Arbeitsplatz wechseln. Das ist aber absolut nicht förderlich, eher sogar hinderlich für die allgemeinmedizinische Qualifikation, ebenso für die Bildung einer normalen Familie. Ein halbes Jahr Chirurgie, ein Jahr Innere Medizin stationär, einige Jahre in der Allgemeinpraxis, Kinderkrankheiten – alles ist sehr kompliziert. Im Endeffekt wäre es besser, wenn der Allgemeinarzt einfach in einem städtischen Krankenhaus arbeiten würde und dort seine Erfahrungen sammeln könnte. In einem ganz normalen städtischen

Krankenhaus kann der angehende Allgemeinmediziner genauso gut seine Erfahrungen in der Chirurgie, Orthopädie oder in der Inneren Medizin sammeln, ohne dass er sich jedes Jahr eine neue Stelle suchen muss. In vier bis fünf Jahren wäre er viel weiter, wenn er nicht von einem Arbeitsplatz zum anderen hetzen müsste. Ich habe das selbst durchgemacht und weiß, wie belastend das ist. Man hat wenig Lebensqualität, wenn man ständig in der Situation eines Arbeitssuchenden ist.

Ich erfuhr vor Kurzem, dass der berühmte deutsche Wissenschaftler Konrad Röntgen per Zufall und unverschuldet von der Schule geflogen ist und deswegen kein Abitur machen konnte. Aus diesem Grund konnte er ohne Abitur „lediglich“ Maschinenbau studieren. Nach dem Studium des Maschinenbaus gelang ihm aber seine bahnbrechende Entdeckung der Röntgenstrahlen.

Auch heutzutage ist es noch so, wenn ein Abiturient ein ziemlich schlechtes Abitur hat, kann er immer noch „lediglich“ Maschinenbau studieren. Aber ist es nicht eine interessante, besorgniserregende und traurige Tatsache, dass ein Wissensbereich wie der Maschinenbau, in dem Deutschland eindeutig weltweit führend ist, schon seit mehr als hundert Jahren von Menschen nach vorn gebracht wird, die ein schlechtes Abitur haben? Die deutsche Medizin dagegen, die man nur mit den besten Abiturnoten studieren kann, ist international weit weniger erfolgreich als der Maschinenbau, Tendenz fallend. An dieser Entwicklung kann doch etwas nicht stimmen!

Schulmedizin und Alternativmedizin – sind diese Begriffe sinnvoll?

Ich glaube nicht. Diese Begriffe sind Klischees, die ein unscharfes Denken nach sich ziehen. Alternativmedizin, was ist das überhaupt? Alternativmedizin kann man dem Wortsinn nach

als „eine andere Medizin“ verstehen, man kann sie aber auch als zweitrangige oder als Reservemedizin auffassen. Ist die Schulmedizin nur eine Kassenmedizin oder die Medizin, die alle Errungenschaften der Wissenschaft und des technischen Fortschrittes anwendet? Bedeutet Schulmedizin, dass es sich um eine Medizin des gesunden Menschenverstandes handelt, oder soll die Schulmedizin eine Evidence Based Medicine bedeuten?

Man muss heutzutage auch einen anderen Aspekt differenzieren. Geht es um eine deutsche Schulmedizin, um eine britische, um eine europäische oder um eine internationale Schulmedizin? Viele Therapie- und Diagnostikvorstellungen sind zum Beispiel in England und Deutschland ganz unterschiedlich – zum Glück für die Deutschen, bisher wenigstens noch. Diese Begriffe sind also nicht eindeutig definierbar. Somit bin ich kein Freund dieser vereinfachten Aufteilung der ärztlichen Tätigkeit. Die sogenannte Apparatedizin wird in den Medien verdammt, die Sprechende Medizin dagegen als humanistische Art der Medizin gepriesen. Doch ohne Apparatedizin ist eine normale medizinische Tätigkeit heutzutage nicht mehr vorstellbar. Und zum Glück ist es so, denn der medizinische Fortschritt hat große Erfolge ermöglicht, die vielen Patienten Hilfe auch in schwierigsten Situationen ermöglichen. Die Hightechmedizin hat ohne Frage ihren unersetzbaren Stellenwert und ihren Platz in der medizinischen Versorgung. Ohne diese Art der Medizin ist eine qualitative Hilfeleistung bei einer Vielzahl der Erkrankungen nicht möglich. In diesem Sinne ist eine Sprechende Medizin nicht immer sinnvoll. In vielen Fällen kann man durch das therapeutische Gespräch nichts Wesentliches für den Patienten erreichen. Manche Erkrankung muss anders überwacht und therapiert werden – apparativ oder durch Anwendung spezieller Verfahren. Die Sprechende Medizin führt in der Regel einen Schritt zurück in die Vergangenheit, in das 19. Jahrhundert, und ist auch nicht billiger für die Gesellschaft. Jedes Arztgespräch

muss die Kasse bezahlen, jede Psychotherapiesitzung, genauso wie eine apparative Diagnostik oder einen Eingriff mit komplizierten Gerätschaften und Computern.

Natürlich sollte ein Arzt in jedem Fall ein Gespräch mit dem Patienten führen können, sodass der Patient sich danach besser fühlt. Aber die medizinische Hilfe darf man im 21. Jahrhundert nicht auf ein Gespräch reduzieren. Wäre es nicht sinnvoller, die Medizin in wirksame und unwirksame, in gefährliche und nebenwirkungsarme, in heilende und in krank machende aufzuteilen? Für mich steht auf der einen Seite eine humane, ehrliche, mit dem gesunden Menschenverstand nachvollziehbare, hoch entwickelte und bezahlbare Medizin des 21. Jahrhunderts, die alle wissenschaftlichen, technologischen Errungenschaften einbezieht. Auf der anderen Seite steht eine dogmatische, pseudowissenschaftliche, unscharfe, sich dem gesunden Menschenverstand verschließende, verlogene, unnötig technisierte, verschwenderische und inhumane Medizin. Nur diese beiden Varianten der Medizin sehe ich. Keine Alternativ- oder Schulmedizin, nicht durch Studien bewiesene oder nicht bewiesene Medizin, nicht Apparat- oder Sprechende Medizin.

Seit Jahren hat sich das Vorgehen bei der Behandlung von Patienten fest etabliert. Man hört sich die Beschwerden des Patienten an, untersucht ihn zuerst klinisch, dann eventuell apparativ, stellt die Diagnose und verordnet die Therapie. Und diese Therapie ist weder eine Sprechende, apparative, alternative, komplementäre noch integrative, schulmedizinische, kassenärztliche, IGEL oder sonstige Leistung, sondern schlicht eine Therapie, die helfen kann. Das ist im Grunde genommen ganz einfach und verständlich, leider aber nicht für alle.

Die Schulmedizin kämpft gegen die Geldschneiderei der Wunderheiler und Schwindler. Und das ist gut so. Die Alternativmedizin kämpft gegen Ignoranz und Arroganz der Schulmedizin. Das ist auch gut so. Dabei sollte man aber in beiden

Fällen das Kind nicht mit dem Bade ausschütten. Alternativmediziner verdammten die Schulmedizin als eine kalte, unpersönliche und verlogene Kassenmedizin. Dabei lehnen sie in einem Atemzug viele sinnvolle, fortschrittliche Therapiemethoden ab. Einige sehen in einer Tablette einen Killer und schwören nur auf heißes Öl, auf Rohkost und Joga. Doch gelogen wird sowohl in der Schulmedizin als auch in der Alternativmedizin. Die Szene der Alternativmedizin ist sehr inhomogen. Es gibt ehrliche und verantwortungsvolle Menschen und es gibt Schwindler zu einem nicht unerheblichen Prozentsatz. Das Gleiche kann man auf die Schulmedizin übertragen.

Früher hat man auch die Akupunktur nicht selten als dubios und suspekt eingestuft. Die Tätigkeit eines Akupunkteurs betrachtete man (und manch Konservativer tut dies auch heute noch) als Humbug, Scharlatanerie und Geschäftemacherei. Als Folge bekamen Millionen von Schmerzpatienten jahrzehntelang eine unzureichende Hilfeleistung bei chronischen und akuten schmerzhaften Wirbelsäulenerkrankungen, chronischen Kopf- und Gelenkschmerzen sowie anderen Beschwerden. Inzwischen aber ist sicher, dass die Akupunktur bei chronischen Wirbelsäulen-, Gelenk- und Kopfschmerzen eindeutig die wirksamste Behandlungsmöglichkeit ist, und höchstwahrscheinlich auch noch bei einer Vielzahl anderer Erkrankungen und Symptome. Symptome, weil sich nicht jedes Krankheitsbild in eine gängige schulmedizinische, westliche Diagnose „reinquetschen“ lässt. Somit ist es ratsam, auch gegenüber den anderen, noch nicht eindeutig erklärbaren therapeutischen Phänomenen, ähnlich der Akupunktur, eine grundlegend ablehnende Haltung etwas zu mildern. Nicht alles, was sich unserem Kenntnisstand entzieht und mystisch zu sein scheint, ist deshalb gleich wirkungslos. Ein materialistischer Dogmatismus ist genauso schädlich wie eine übertriebene esoterische Grundhaltung. Alles, was fanatisch und extrem ist, wird nie zum Erfolg führen.



3 n

Manche sagen: Wir brauchen keine alternative Medizin, wir brauchen eine bessere Schulmedizin. Ich würde sagen: Wir brauchen eine Medizin, die hilft, die logisch ist, die nicht teuer und nicht gefährlich ist. Wie man sie benennt, ist doch zweitrangig. Medizin ist für mich eine Kunst. Und Kunst muss gefallen – ob klassisch oder modern. Medizin muss helfen – ob schulmedizinisch oder alternativ, ob evidenzbasiert oder nicht. Genauso, wie man in der Kunst einem Künstler nicht vorschreiben kann, nur das zu machen, was allen gefällt oder korrekt scheint, genauso kann man in der Allgemeinmedizin und besonders in der Akupunktur, Psychotherapie oder Schmerztherapie nicht alles in ein festes Schema zwingen. Die Behandlung jeder einzelnen Erkrankung auf die Einhaltung einer starren Leitlinie zu reduzieren, einen Arzt zu einem primitiven Algorithmus zu zwingen, das wäre für die Patienten eine lebensgefährliche Vereinfachung und auch ein Weg in eine therapeutische Sackgasse. Der medizinische Alltag ist zu kompliziert, um mithilfe von ein paar Algorithmen strukturiert werden zu können.

Therapeutische Leitlinien – Dilettantismus pur oder Anstiftung zur Körperverletzung?

Auch bei Ausarbeitung von Therapieempfehlungen, die juristisch gesehen für den behandelnden Arzt nahezu verbindlich sind, stützen sich Wissenschaftler auf die Daten der EBM. Wenn man manche Leitlinien genauer unter die Lupe nimmt, wird aber schnell klar, dass sie extrem kontraproduktiv sind. Es ist schon öfter passiert, dass die Empfehlungen, die man den Ärzten jahrelang aufzwingt, sich als gesundheitsschädigend erwiesen. Man zog aber keine Schlüsse daraus und zwingt nach wie vor hartnäckig und stur die behandelnden Ärzte, die nicht selten besser Bescheid wissen als die Leute, die Leitlinien ausarbeiten, in diesen gesetzlichen Rahmen.

Nun wird versucht, einen komplizierten Prozess des klinischen ärztlichen Denkens, der auf jahrelang gesammelten theoretischen Informationen und auf eigenen praktischen Erfahrungen fußt, der jahrelang in der kraftraubenden Praxis geschliffen wurde, zu einem Algorithmus zu degenerieren, der aus ein paar dürftigen Empfehlungen besteht. Als wolle man aus dem Arzt einen Roboter machen, der nur noch in einem Schema denkt. Ein schematisches Denken hat aber mit einem fachlichen, unifizierten Herangehen nichts zu tun. Das vereinheitlichte fachliche Herangehen ist konstruktiv und erfolgreich. In der Chirurgie ist der Kenntnisstand unifiziert und deswegen laufen alle Operationen nach einem Plan ab. Das dient der besseren Orientierung in Zeitnot und wird somit zu einer optimalen Hilfestellung. Auch in der Allgemeinmedizin und bei der Behandlung von internistischen Krankheiten muss man unifiziert behandeln. Unifiziert therapieren heißt aber behandeln mit bestens geeigneten unifizierten Therapieformen bei unifiziert diagnostizierten Patienten von unifiziert und gut ausgebildeten Spezialisten und nicht von einem ärztlichen Roboter nach einem Schema. Nehmen wir zum

Beispiel eine Krankheit wie arterielle Hypertonie oder Asthma bronchiale oder ein chronisches wirbelsäulenbedingtes Schmerzsyndrom. Um nur eine von diesen Erkrankungen gut behandeln zu können, muss ein Arzt mehrere Bücher gelesen und jahrelang Erfahrungen gesammelt haben. Erst dann kann der Arzt sagen: Ich weiß im Großen und Ganzen, wie man diese oder jene Erkrankung behandeln soll. Es sind Bücher, dicke Bücher für jede einzelne Erkrankung, die man lesen muss, um sagen zu dürfen: Ich kann diese konkrete Erkrankung gut behandeln. Wie kann man auch nur eine Krankheit adäquat behandeln, wenn man lediglich eine Leitlinie anwendet, die mit 20 Empfehlungen auf einige Buchseiten passt? Wozu soll man die vielen Bücher lesen, wenn alles so einfach ist?



3 12 16 17 21

Natürlich muss das Herangehen in der Allgemeinmedizin genauso wie in der Chirurgie standardisiert sein. Allerdings muss man sich, um sich dieses Standardwissen anzueignen, intensiv damit befassen, man braucht Monate und Jahre harter Arbeit.

Und nur dann beginnt eine individuelle Behandlung des Patienten: Der Arzt entwickelt Fingerspitzengefühl, sammelt Erfahrung, wird zum Spitzenfachmann. Es reicht nicht, wenn man lediglich eine kurz gefasste, in der Regel primitive Leitlinie als Arbeitsinstrument nutzt. Das Befolgen einer harten Leitlinie hat mit qualitativer Arbeit gar nichts zu tun. Das, was in den Leitlinien steht, ist in meinen Augen entweder banal oder nicht selten primitiv und falsch. Mein Vater war 20 Jahre lang Chefarzt einer großen chirurgischen Kinderklinik in Sibirien in Russland. Er sagte mir einmal: „Sogar ein noch nicht besonders erfahrener, junger Chirurg kann eine ziemlich komplizierte Operation durchführen – wenn alles nach Plan läuft und es keine Auffälligkeiten und technischen Probleme gibt. Die Qualität des Chirurgen wird allerdings nicht dadurch bestimmt, wie er in einer Standardsituation handelt, sondern wie er in einer ungewöhnlichen Situation handelt.“ Das ist ein breites Feld, eine fachliche Kompetenz. Man darf also die Medizin und den Arztberuf durch den Zwang, nur noch die Leitlinien und Algorithmen zu benutzen, auf keinen Fall degenerieren.



Dazu möchte ich ein paar Beispiele nennen:

Früher, vor etwa 20 bis 30 Jahren, war die Anwendung der sogenannten Betablocker bei Herzinsuffizienz strengstens kontraindiziert. Sollte ein Arzt aus Versehen einem Patienten ein Medikament aus dieser Gruppe bei Herzinsuffizienz verschrieben haben, hätte das zu rechtlichen Konsequenzen bis zu einer Klage und zum Entzug der Approbation geführt. Zurzeit ist die Situation aber genau Gegenteil. Die Betablocker verbessern den Zustand der herzinsuffizienten Patienten und müssen deshalb angewandt werden. Ähnliches, aber in der umgekehrten Reihenfolge, passierte mit den sogenannten Herzglykosiden. Vor 30 Jahren waren sie aus der Therapie der Herzinsuffizienz nicht wegzudenken. Der Arzt, der einem herzinsuffizienten Patienten diese Medikamente nicht rechtzeitig verschrieb, riskierte es, als nicht genügend qualifiziert eingestuft zu werden. Jetzt aber sollen die Herzglykoside nach mancher Meinung für diese Patienten unvorteilhaft sein, was oftmals nicht stimmt. Und bei der Behandlung einer Migräne wurden jahrelang die ergotaminhaltigen Präparate als Goldstandard angesehen. Jetzt sind diese Präparate ganz plötzlich als äußerst gesundheitsschädigend eingestuft worden. Wenn sich vor zehn Jahren ein Gynäkologe weigerte, einer Frau mit klimakterischen Beschwerden ein Hormonpräparat zu verschreiben, wurde dies fast als eine unterlassene Hilfeleistung bewertet. Heute ist die Aufregung bei Verschreibung groß – Herzinfarkte, Thrombosen, Brustkrebs, Gewichtszunahme, Bluthochdruck und weitere weniger dramatische, allerdings sehr reale Nebenwirkungen sind die Folge einer solchen Therapie. Es gibt somit nichts Absolutes in der Medizin. Auch die Erkenntnisse der EBM sind keine Wahrheit in letzter Instanz. Die Anhänger dieses Kompetenzfeldes sind aber von ihrer Position absolut überzeugt. Aus den Daten, die sie statistisch bewiesen haben, machen sie ein Dogma, das für alle und immer gelten soll. Wenn wir die Leitlinien zur Behandlung einer sehr häufigen Erkrankung wie etwa einer arteriellen Hypertonie

betrachten, stellen wir fest, dass diese Leitlinien besagen, dass die Behandlung eines Patienten mit Bluthochdruck mit einem Diuretikum (wassertreibenden Mittel) und einem Betablocker erfolgen soll. Die Ärzte wissen heute aber, dass die Anwendung dieser zwei Substanzen ohne Frage zur Induktion oder Verschlechterung der Zuckerkrankheit und bei Männern zur Impotenz führen kann. Man weiß über diese Risiken Bescheid und behandelt die Hypertoniker nach dieser Leitlinie weiter, als wäre nichts gewesen. In der allgemeinmedizinischen Praxis ist die Anwendung dieser zwei Substanzen zwar nicht wegzudenken, allerdings in ganz anderen und ganz konkreten therapeutisch schwierigeren Situationen, vor allem bei der Behandlung von koronarer Herzkrankheit und Herzinsuffizienz. In diesen Fällen nimmt man gewisse Risiken in Kauf und benutzt diese Substanzen, da es anders nicht geht. Allerdings jeden frisch diagnostizierten, vor allem jungen männlichen Hypertoniker mit diesen Medikamenten zu behandeln, bedeutet ganz unnötig ein solches Risiko einzugehen. Welche Vorteile hat so ein Vorgehen, außer dass diese Medikamente billiger sind als die anderen, die auch infrage kommen und aus Erfahrung besser wirken und weniger risikoreich sind? Diese Leitlinien für die Behandlung der arteriellen Hypertonie werden mit der Zeit ganz gewiss revidiert. Aber wann? Für manche Betroffene wird es zu spät sein. Und wird das jemals Konsequenzen haben für diejenigen, die für die Ausarbeitung dieser Leitlinien zuständig waren?

Vor Kurzem bin ich auf eine gerade veröffentlichte Leitlinie zur Behandlung der Koronaren Herzkrankheit (KHK) gestoßen. Die KHK ist bekanntlich eine der Volkskrankheiten. Bei dieser Erkrankung sind die Herzkranzgefäße verengt und dadurch kann das Blut nicht zum Herzmuskel gelangen. Die Folge: belastungsabhängige Brustschmerzen, im schlimmsten Fall gefolgt vom Herzinfarkt. Natürlich ist es wichtig, über Behandlungsstrategien zu sprechen. Natürlich müssen Abläufe standardisiert werden. Natürlich müssen die Ärzte einer allgemeinen Linie

folgen. Aber die Diagnostik und Therapie bei dieser Erkrankung ist zu kompliziert, um anhand von ein paar Algorithmen oder einer Leitlinie erörtert zu werden. Man lernt an der Uni und dann in der Praxis, wie man vorgehen soll. Dieser kurze Exkurs in die Diagnostik und Therapie der KHK, aufgeschrieben in Form einer Leitlinie auf einigen Seiten, ist in meinen Augen ziemlich dürftig und vereinfacht. Eine künstliche Vereinfachung ist in jedem Bereich des menschlichen Handelns kontraproduktiv und dilettantisch. Außerdem, wenn man in besagter Leitlinie zur Behandlung der Koronaren Herzkrankheit, die auf den EBM-fundierte Daten fußen soll, liest, stellt man fest, dass sowohl die therapeutischen Empfehlungen als auch die organisatorischen Strategien zum Teil auf einer kanadischen Einteilung dieses Leidens fußen, die zur Bestimmung der beschwerdefreien Gehstrecke – und somit der Schwere der Erkrankung – eine Maßeinheit wie „zwei Häuserblöcke“ anwendet, beginnt man sich die Frage zu stellen, ob alle anderen Empfehlungen dieser Leitlinie nicht genauso weit hergeholt sind.

Die Leitlinien fußen auf Klassifikationen und Definitionen. Die Klassifikationen und die Definitionen kommen normalerweise aus den angelsächsischen Ländern. Manchmal steht auch das Wort „international“ davor. Aber ist man sich in Deutschland sicher, dass diese internationalen Klassifikationen oder Definitionen, ausgearbeitet von internationalen Experten, so gut sind, dass man die Leitlinien für deutsche Ärzte darauf abstimmen soll? Nehmen wir eine andere Volkskrankheit – schmerzhafte Wirbelsäulendysfunktion, genannt Rückenschmerzen. Die angelsächsischen Experten und Wissenschaftler operieren dabei oft mit Diagnosen wie „low back pain“ (in deutscher Übersetzung: unterer Kreuzschmerz) und bauen darauf ihre Statistiken auf. Und wie zum Beispiel klassifiziert die Europäische Kommission in ihren Guidelines den akuten Kreuzschmerz? Man liest in dieser Leitlinie: „Eine einfache und praktische Klassifikation,

die international anerkannt ist, besteht in der Einteilung akuter Kreuzschmerzen in drei Kategorien – die sogenannte diagnostische Triade: 1. Ernst zu nehmende Wirbelsäulenpathologien; 2. Wurzelreizsyndrome/Radikuläre Schmerzen; 3. Unspezifische Kreuzschmerzen.

Da wird doch selbst jeder Laie sprachlos. Als würde man alle Autos in drei Gruppen aufteilen wollen: 1. in schnelle Wagen; 2. mit Automatikgetriebe und 3. mit Dieselmotor. Mir scheint, die Fachleute der Europäischen Kommission, die diese Klassifikation ausgearbeitet haben, verstehen offensichtlich nicht, dass sie nur die vergleichbaren Sachen vergleichen und in einer Klassifikationsnische nur nach einem einheitlichen Prinzip klassifizieren dürfen. In Bezug auf Autos können wir also eine Aufteilung in langsame, schnelle und sehr schnelle, weiter in rote, gelbe und silberne oder auch mit Diesel-, Benzin-, Elektro- oder Hybridmotor oder aber mit Automatik- oder Schaltgetriebe vornehmen. Anders geht es nicht. Man darf bekanntlich Äpfel nicht mit den Birnen vergleichen. Genauso darf man akute Kreuzschmerzen nicht in ernst zu nehmende Wirbelsäulenpathologien und Wurzelreizsyndrome klassifizieren.

Und wie definiert die Europäische Kommission den Kreuzschmerz? Schwarz auf weiß liest man in dieser Leitlinie Folgendes: „Kreuzschmerzen sind definiert als Schmerzen oder Unwohlsein (!) unterhalb der Rippenbögen und oberhalb der Gesäßfalte mit oder ohne Beinschmerzen (!).“ Komisch, ich dachte immer, dass sich unter den Rippenbögen, zumindest vorn, der Bauch befindet.

Auch die aktuellen Leitlinien 2002 bis 2006 für die Behandlung von Kreuzschmerzen, ausgearbeitet von einer führenden deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin, lassen aus meiner Sicht zu wünschen übrig. Man trifft in den Büchern von manchen renommierten Rückenschmerzspezialisten, die sich ohne jeden Zweifel zu den deutschen Meinungsbildern zählen – und dies leider ohne

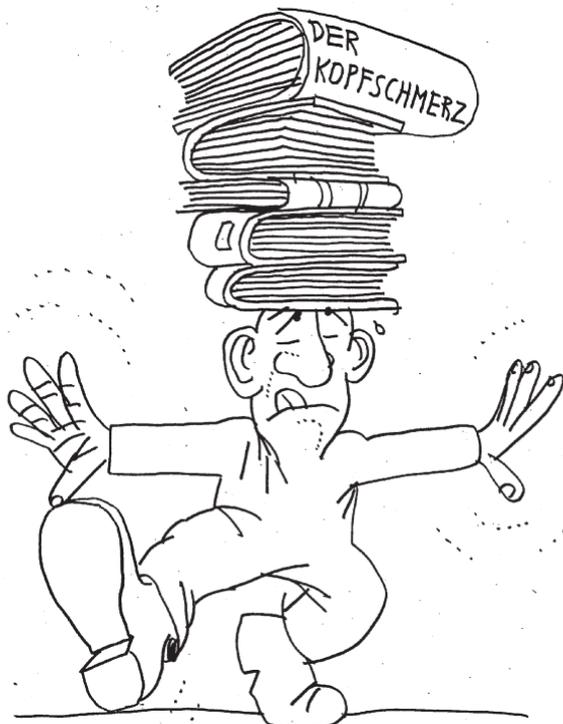
jeden Zweifel auch sind –, schwarz auf weiß solche Sätze wie: „Bei chronischen Rückenschmerzen ist Akupunktur unwirksam. Deswegen soll sie in diesen Fällen nicht durchgeführt werden.“ Das ist kein Zitat aus den Achtzigern oder Neunzigern. Das ist ein Zitat aus einem Buch, erschienen in 2006 und geschrieben von Leuten, die Ausbildungskurse zum Thema Rückenschmerz organisieren. Oder man liest in den Therapieempfehlungen der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft: „Die Wirksamkeit subkutaner und intramuskulärer Infiltrationen von Lokalanästhetika im Bereich paravertebraler (nah an der Wirbelsäule liegenden) ‚Triggerpunkte‘ erscheint aufgrund der unzureichenden und widersprüchlichen Datenlage weder für akute noch für chronische Rückenschmerzen hinreichend gesichert.“ Was kann ich dazu sagen? Diese Aussage ist Wahnsinn und Schwachsinn gleichzeitig. Dass die Lokalanästhetika, gespritzt in die „Triggerpoints“ (Muskelknoten), eine hervorragende dauerhafte Wirkung zeigen, ist aus meiner ärztlichen Sicht genauso unbestreitbar, wie die Aussage, dass Aspirin gegen Fieber und Schmerzen hilft. Oder man liest in einem Lehrbuch für Allgemeinmedizin: „Merke: Kreuzschmerzen sind keine Diagnose. Kreuzschmerzen sind ein Symptom.“ Was soll das? Das Buch ist doch an Ärzte adressiert. Dass Kreuzschmerzen keine Diagnose sind, versteht sich doch von selbst. Das versteht nicht nur ein Arzt; ein Medizinstudent oder auch ein durchschnittlich intelligenter Laie wissen das ebenfalls. Was ist das für eine Arroganz und Ignoranz gegenüber dem Leser, solche Banalitäten als etwas Besonderes oder als eine Entscheidungshilfe anzubieten? Wen wundert da noch, dass Kreuzschmerz und Rückenschmerz nach ihrer Therapie im Rahmen dieser Leitlinien und solchen Empfehlungen der Rückenschmerz- und Allgemeinmedizinpäpste nicht nur in Deutschland, sondern auch europaweit zu einer Volkskrankheit wurden und die Gesellschaft jährlich Milliarden von Steuergeldern in die Behebung der katastrophalen Ergebnisse dieser Therapieempfehlungen pumpen muss?



3 12 KX

Und hier noch ein anderes Beispiel: Volkskrankheit Kopfschmerzen. Die Kopfschmerzenklassifikation, ausgearbeitet von der International Headache Society (IHS), würde ich ebenfalls am ehesten als Anekdote bezeichnen. Allein die Behauptung, 90 % aller Kopfschmerzen wären idiopathisch (primär) und nur 10 % symptomatisch (sekundär), ist völlig realitätsfremd. Jeder praktizierende Arzt, der mehr als 20 Patienten am Tag behandelt, weiß, dass die meisten Kopfschmerzen mit solchen Erkrankungen wie arterielle Hypertonie, funktionelle oder organische Halswirbelsäulendysfunktion oder zum Beispiel mit allergischen Sinusitiden oder Depressionen zusammenhängen und die prozentuelle Relation primär/sekundär eher genau ge-

genteilig ist. Behandelt man diese ursächlichen Erkrankungen adäquat, verschwindet das Symptom Kopfschmerz spurlos.



3 n

TOMASCHOPF
W

Wenn man solche internationalen Klassifikationen in Bezug auf die hiesigen Volkskrankheiten verwendet, dann soll man sich auch nicht wundern, dass man im deutschen Gesundheitswesen so viele nationale Probleme hat, inklusive des Phänomens eines schmerzgeplagten Deutschlands. Ich glaube, manche deutschen Professoren betrachten ihre

Professorentitel als direkte Aufforderung zur Verbreitung von internationalen Erkenntnissen, welche aber leider auch als „internationaler Medizinwitz“ betitelt werden könnten. Dabei scheint mir, dass die eine oder andere belesene Koryphäe vergisst, dass es bei all dem nicht um tote Statistikobjekte geht, sondern um einen lebendigen Patienten mit Herz und Verstand, Haut und Knochen.

Auch viele andere Leitlinien, zum Beispiel zur Behandlung von vielen anderen wirbelsäulenbedingten schmerzhaften Syndromen oder zur Behandlung von Diabetes mellitus und Asthma kann ich eigentlich nur als eine Anstiftung zur Körperverletzung bezeichnen. Wenn ein Arzt rein wissenschaftlich und statistisch denkt und nur nach vorgegebenen Leitlinien handelt, wird es in meinen Augen für einen Patienten bald sehr gefährlich. Ich bin davon überzeugt, dass ein Arzt keiner wissenschaftlichen Aussage blind Glauben schenken darf. Eine gute Beobachtungsgabe, solide theoretische Kenntnisse und der gesunde Menschenverstand des Arztes haben dem Patienten oft mehr geholfen als irgendwelche Leitlinien. Und die Therapie nach Schema F unter der Annahme, der Nutzen sei statistisch erwiesen, hat sicher schon für viele Patienten negative Folgen gehabt – davon würde ich in jedem Fall ausgehen. Dafür hat man schon vor der Etablierung von Begriffen wie Algorithmus, EBM und Leitlinie Patienten erfolgreich behandelt. Und es gab auch damals gute Ärzte. Ich glaube, dass damals ein allgemeines therapeutisches Herangehen viel logischer und vorteilhafter für den Patienten war als die EBM der heutigen Zeit.

Zum Schluss noch eine Anekdote aus Amerika: Der Allgemeinmediziner – eine beliebte Zielscheibe der EBM-Wissenschaftler – wurde wieder einmal mit einer Studie beglückt. In Amerika haben die EBM-Wissenschaftler herausgefunden, dass der Bauchumfang ein entscheidender Faktor bei

der Entstehung von Diabetes mellitus ist. Auf jedem Fachseminar höre ich nun, wenn der Bauchumfang eines Mannes mehr als 90 cm und der einer Frau mehr als 80 cm beträgt, gehören sie in eine Diabetes-Risikogruppe. Das ist wohl evidence based. So einfach scheint das zu sein. Ich sage ganz offen, ich glaube an diese Art der Wissenschaft nicht. Es gibt kleine und es gibt große Menschen. Es gibt für Diabetes prädisponierte Patienten, die an anderen Erkrankungen leiden und untergewichtig sind, es gibt Konstitutionstypen und so weiter. Wenn so etwas jetzt Wissenschaft sein soll, oder Evidence Based Medicine, dann bin ich ihr größter Gegner. Ich zähle mich zu den Menschen, die einen gesunden Menschenverstand und klare Logik höher achten als zweifelhafte und sogar ganz offensichtlich unsinnige statistisch-wissenschaftliche Auslegungen.



Wissenschaft, Pseudowissenschaft und Praktik

Was ist in der Medizin überhaupt wissenschaftlich? Und was ist pseudowissenschaftlich? Die Frage lässt sich nicht so einfach beantworten. Ich sehe es so: Nicht alles, was beweisbar ist, ist medizinisch empfehlenswert und kann als wissenschaftlich bezeichnet werden. Und nicht alles, was unbewiesen angewendet wird, ist automatisch pseudowissenschaftlich. Ist eine ärztliche Mitteilung, dass ein Check-up im Rahmen einer Gesundheitsuntersuchung der Krankenkasse unauffällig war und der Patient gesund ist, obwohl man ihn lediglich nach der recht eigenwilligen Vorstellung der Krankenkasse abgecheckt hat, wissenschaftlich? Ist es wissenschaftlich, einen Patienten in einer Allgemeinpraxis optimal, aber maximal nur für 2,- Euro am Tag behandeln zu dürfen? Ist es wissenschaftlich, dass der Arzt dafür belohnt wird, dass er spart, keine Medikamente ausschreibt und nur Empfehlungen zu einer sportlichen Lebensführung gibt? Das ist, wie ich finde, orwellsches *Zweidenk* in seiner krassesten Form.



Dieses Herangehen zur Behandlung, vorgeschrieben von organisatorischen Gremien, haben wir (die Ärzte und die Patienten) ganz ohne Frage der Evidence Based Medicine zu verdanken. Die EBM beansprucht selbstverständlich eine führende Rolle in der Medizin und soll dazu dienen, die pseudowissenschaftlichen, nicht bewiesenen Therapien zu verbannen. Doch ist die EBM in Wirklichkeit nicht selbst eine Pseudowissenschaft – nutzlos, kostspielig, nicht anwendbar, absurd? Die Pseudowissenschaften könnte man rein schemenhaft in eine gefährliche und eine ungefährliche aufteilen. Und zu einer gefährlichen Pseudowissenschaft würde ich viele wissenschaftliche EBMsche Erkenntnisse, die ganze psychosomatische Medizin (so, wie sie heutzutage praktiziert wird, darüber aber später) und vieles andere zählen. Gefährlich, das heißt, dass die Anwendung von Therapieempfehlungen und von Sichtweisen, die auf Erkenntnissen dieses Kompetenzfeldes basieren, für die Patienten gesundheitlich schädlich werden kann. Man kann Menschen vieles suggerieren. Die Geschichte hat das mehrmals bewiesen. Der Mensch neigt dazu, daran zu glauben, was ihm als eine Selbstverständlichkeit präsentiert wird. Und so wurde auch die führende Rolle der EBM präsentiert. Je dreister die Lüge, desto einfacher könne man sie unters Volk bringen, sagte einmal ein Politiker, der am Ende sich selbst und viele andere vernichtet hat. Wenn die Anhänger der EBM aber sinnvolle Vorschläge hören, wie zum Beispiel ein unifiziertes Akupunkturkonzept bei Wirbelsäulenerkrankungen oder Kopfschmerzen, gehen sie auf die Barrikaden. Nicht die Krankheit solle man behandeln, sondern den Patienten, propagieren sie. Aber wissen sie denn, wie die Krankheit zu behandeln ist? Auf der anderen Seite versuchen sie, weit fortgeschrittene Schmerzsyndrome bei Bandscheiben- und Gelenkschäden mittels Zuwendung und Nordic Walking zu behandeln. Und wehe, wenn es dem

Patienten dann nicht besser geht. Ihre Toleranz scheint dann schnell zu Ende. Ein Psychosomatiker – so könnte dann das vernichtende Urteil schnell lauten.

Die Meinungsbildner der EBM machen aus jedem Arzt, der diesen Unsinn ablehnt, einen Mediziner von gestern. Die medizinische Kunst fußt allerdings auf fundierten Kenntnissen in einem Fachgebiet und nicht auf den Kenntnissen der Statistiker der Gesundheitspolitik. Als ganz junger Arzt war ich in Riga in einem Akutkrankenhaus tätig. Es gab Kollegen, die gute Ärzte waren, und jeder wusste, dass sie am Patientenbett richtige Entscheidungen treffen. Und solche Entscheidungen sind für den Patienten nicht selten lebenswichtig. Es gab andere Ärzte, die eher reine Wissenschaftler waren. Damals gab es den Begriff der EBM noch nicht – die frisierten Statistiken gab es allerdings schon. Ich erinnere mich an ein Gespräch mit einem Dozenten, der immer erzählte, dass man nach neuesten amerikanischen Daten das Medikament Nifedipin mit 10 mg Wirkstoff pro Tablette in der Dosis bis 10 Tabletten, bis zu 100 mg also, zur Blutdrucksenkung als Einzeldosis anwenden kann. Die gängige Dosis war bisher jedoch nur drei Tabletten am Tag und nicht zehn auf einmal. Als dieser Dozent das mir und den anderen erzählte, war er sichtlich stolz darauf, dass er so gut über die letzten wissenschaftlichen Erkenntnisse Bescheid wusste. Jeder, der Patienten täglich behandelte, wusste allerdings, ob bewiesen oder nicht, dass es wenig Sinn hat, dieses Medikament in solchen hohen Dosen anzuwenden. Man wusste es aus dem Bauch heraus, dass das viel zu viel sein würde. Außerdem konnte man mit anderen Mitteln den Blutdruck immer sicher und risikoarm senken. Der Dozent war allerdings durch die Beweisführung der Amerikaner so überzeugt, dass er alle Patienten mit einer hypertensiven Entgleisung damit zu behandeln versuchte – aber nur solange der praktische und nicht wissenschaftlich veranlagte Oberarzt nicht in der Nähe war. Er hatte ihm nämlich eine ganz unsanfte „Behandlung“ versprochen,

wenn er ihn auf seiner Station bei einer solchen Therapie erwischen würde. Therapeutisch war sein Wirken jedes Mal ein Desaster. Der Blutdruck fiel mal in den Keller, der Patient wurde dann blass und fast bewusstlos und sah wie eine Leiche aus, mal bekam der Patient Panik, der Blutdruck stieg an und sein Gesicht wurde puterrot. Niedrig dosiert, in Kombination mit den anderen Medikamenten und auf den ganzen Tag verteilt half (und hilft) das Nifedipin aber hervorragend.

Ungefähr vor fünf Jahren, also 15 Jahren später, haben die „gleichen“ Amerikaner in einer neuen Studie bewiesen, dass das Nifedipin in hohen Dosen nicht nur nutzlos, sondern auch extrem gefährlich ist. Aber das wusste jeder Praktiker schon von Anfang an, nachdem er auch nur einen Patienten damit behandelt hatte. Es dauerte also 15 Jahre, bis eine Selbstverständlichkeit bewiesen wurde. Wie viele Patienten zahlten wohl für diese Wissenschaftlichkeit ohne Bezug zur Praxis mit ihrer Gesundheit oder sogar mit ihrem Leben? Ich fordere in diesem Zusammenhang: Die Evidence Based Medicine muss ihren Anspruch als die einzig richtige Medizin unverzüglich zurücknehmen.

Der IGEL-Arzt: halb Mensch – halb Tier?

Unter IGEL versteht man individuelle Gesundheitsleistungen (Selbstzahlerleistungen). Da das Honorar des niedergelassenen Arztes immer mehr schrumpft, wird dem Allgemeinmediziner und den anderen Ärzten angeboten, parallel zu ihrer regulären Arbeit ein „IGEL-Arzt“ zu werden. Die Ärzte können in einer lockeren, nicht aufdringlichen Form ihren Patienten IGEL-Leistungen sozusagen verkaufen. Man muss dazu sagen, viele von Krankenkassen nicht abgedeckten Leistungen sind in der Tat völlig sinnlos und bringen dem Patienten gar nichts. Andere können allerdings für den Patienten relevant und wichtig

sein. Manchmal sind sie für den Patienten, sollte er sich über seinen Gesundheitszustand wirklich Sorgen machen, unausweichlich.

IGEL-Arzt, IGELn, IGEL-Leistungen, das alles würde ich dem orwellschen *Neusprech* mit starkem *Zweidenk*-Hintergrund zuordnen. Der Igel ist ja eigentlich ein nettes Tierchen. Er ist sympathisch und harmlos, kann sich aber mittels seiner Stacheln wehren und stechen. Symbolisch soll das Bild des IGEL-Arztes vielleicht signalisieren: Ich bin der IGEL-Arzt, ich bin eigentlich ganz nett, aber wenn du nicht machst, was ich dir sage, werde ich dich stechen, und ich werde böse. Besser du kaufst, was ich dir anbiete. Nun, in meinen Augen spricht die kindliche, besser gesagt kindische Terminologie für sich. Alles ist so spielerisch, so unbedenklich, so leicht und unproblematisch.



3 12

Es gibt jetzt sogar Hilfe vom Marketing-Fachmann: Praxismarketing, psychologische Gesprächsführung – professionelle

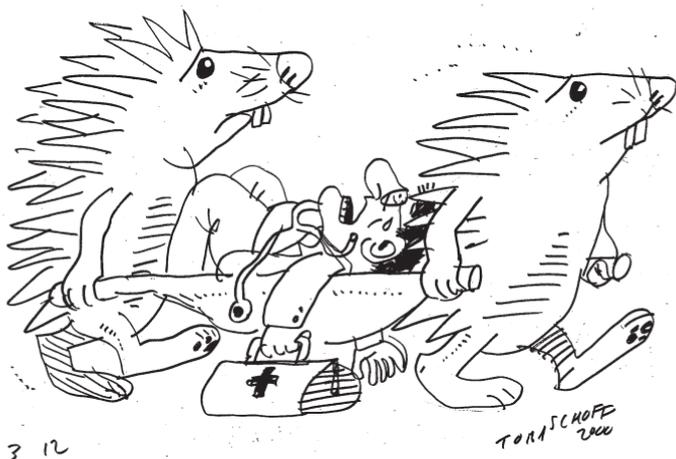
Hilfe beim Ausverkauf von IGELn. Der sympathische Igel schmückt die Seiten mehrerer Ärzte-Zeitungen und -Magazine, gepaart mit dem Bild eines schönen Arztes oder einer schönen Ärztin, die versuchen, mit einem eingefrorenen, grimassenhaften Lächeln einem Patienten IGEL-Leistungen zu verkaufen. Der Patient schaut dabei ziemlich frustriert und ratlos vor sich hin und hat eher einen unschlüssigen Gesichtsausdruck. Wen wundert das? Man hat sogar zu Werbezwecken einen Arzt-Mutanten produziert, den Arzt mit dem Igelkopf. Lächelnd berät dieses Monster Patienten in seiner Sprechstunde. Es gab schon in der altägyptischen und in der altgriechischen Mythologie verschiedene Ungeheuer. Ein Pferd mit menschlichem Oberkörper, genannt Zentaur, oder Meerjungfrauen, halb Mensch, halb Fisch, und Ähnliches. Der Mensch mit dem Igelkopf, der Igelarzt, ist ein rein deutsches Phänomen aus dem frühen 21. Jahrhundert. Die Abbildung eines Hausarztes als Affe, der eine Leitlinie liest, oder als ein Eichhörnchen, das flink die Abrechnungsziffer in den Computer einträgt, wäre vielleicht auch sehr passend.

Dieses Klischee, das Bild eines beim Verkaufsgespräch sinnlos lächelnden Arztes, der über irgendwelche IGEL spricht, oder gar das Bild eines mit einem weißen Arztkittel bekleideten Igels, der dem Patienten irgendetwas andrehen will, ist mir persönlich peinlich. Was gibt's denn da zu lachen? Muss man nicht doch ein bisschen sachlicher und seriöser werden? Soll sich der Arzt jetzt vielleicht wirklich benehmen wie ein Eichhörnchen auf Ecstasy? Manche Ärzte, die IGEL-Leistungen anbieten, benehmen sich wirklich so, als wollten sie ihre Patienten mit ihrer guten Laune anstecken, in der Hoffnung, dass die Patienten sie für diese Show bezahlen. Der Arzt, der etwas verkaufen will, soll also einen unerschütterlichen animalischen Optimismus ausstrahlen. Und manche Kollegen haben mit diesem zoologischen Konzept in der Tat einen tierischen Erfolg.



Der Kassenarzt befindet sich dabei in Wirklichkeit auf sehr dünnem Eis. Einerseits muss der Arzt Geld verdienen, weil er Unternehmer ist und seine Angestellten bezahlen muss. Andererseits ist es für viele Ärzte sehr ungewohnt, so eine Rolle zu spielen. Das ist oft auch peinlich, weil man ja weiß, wie wenig Geld die Durchschnittsbevölkerung heutzutage im Portemonnaie hat. Und gut betuchte Patienten sind privat versichert. Und abgesehen davon, dass es für den Arzt erniedrigend ist, als Verkäufer aufzutreten, kann es auch dazu führen, dass das Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient gestört wird und der Arzt auch das wenige nicht bekommt, was ihm von der Kasse zusteht. Ich bin mir sicher, kein Arzt hat Spaß daran, ein derartiges Verkaufsgespräch zu führen. Im Falle eines Privatpatienten ist das auch nicht nötig. Für einen Privatarzt ist es leicht, über den Behandlungspreis zu sprechen – er hat seine Gebührenordnung, wo jede Leistung, zwar auch unterbewertet, ihren Geldwert hat. Der Kassenarzt muss sich in dieser Situation wie ein Marktschreier benehmen. Im Falle eines Kassenpatienten ist das

sicherlich nicht förderlich, besonders bei der Hektik im Alltag eines Kassenarztes. Die Kassenpatienten ihrerseits denken an die Unsummen, die sie an die Kasse zahlen, und können nicht verstehen, dass sie selbst noch dazubezahlen müssen. Manche laufen direkt zur Krankenkasse und beschwerten sich über den Arzt. Und was hören sie dort? „Der Arzt darf alles machen und alles aufschreiben, was er für richtig hält. Alles, was medizinisch notwendig ist, wird bezahlt.“ Sofort entsteht der Eindruck von Geschäftemacherei.



Die Politiker haben die Autorität des Allgemeinarztes bedenkenlos infrage gestellt. Oder hat man das bewusst gemacht, um die Ärzte gefügig zu machen, damit sie sich selbst weniger respektieren und sich mehr bieten lassen? Ist der IGEL-Arzt Teil einer Kampagne? Das würde in meinen Augen in die Serie passen: die Zahlung der 10 Euro, durch die der Arzt zum Kassierer wurde; die Bezeichnung eines Allgemeinarztes als Hausarzt anstatt als Facharzt, obwohl er Facharzt für Allgemeinmedizin oder Innere

Medizin ist; die Aufforderung, den unsinnigen Diagnosekatalog ICD-10 als Hauptinstrument bei Diagnosenformulierung zu benutzen; die Notwendigkeit, an unsinnigen Chronikerprogrammen teilzunehmen als Alternative zur Praxispleite sowie die Aufforderung, nicht realisierbaren und gleichzeitig primitiven Leitlinien zu folgen. Nur die Gesundheitspolitiker und die GesundheitsökonomInnen lachen sich dabei ins Fäustchen. In diesem Durcheinander fühlen sie sich, wie's scheint, sehr wohl.

Facharzt für Allgemeinmedizin: Facharzt oder Hausarzt?

Ich begann meine Tätigkeit in Düsseldorf vor 13 Jahren in einer internistischen Praxis. Die Privat- und Kassenpatienten wurden damals noch als gleichwertig angesehen. Die humane Einstellung des Arztes gegenüber dem Patienten war noch sehr stark zu spüren. Der erste Gedanke war damals noch: Was kann ich für den Patienten machen? Und nicht wie heute: Was darf ich überhaupt für ihn machen? Der niedergelassene Allgemeinmediziner war in seinem Status der Position eines Oberarztes an einer Klinik vergleichbar. Er arbeitete selbstständig und eigenverantwortlich. Er wurde von Seiten der Patienten hoch respektiert. Noch vor 15 Jahren galt der niedergelassene Allgemeinarzt oder Internist als Halbgott in Weiß. Jetzt schlägt das Pendel aber in eine andere Richtung. Der niedergelassene Mediziner gilt nicht mehr als Halbgott, davon kann keine Rede mehr sein. Und er trägt sogar in der Regel keine weiße Kleidung mehr. Der Trend geht eher zur schwarzen Jeans kombiniert mit buntem Holzfällerhemd – Arbeitskleidung der zukünftigen Hausärzte, männlich wie weiblich. Sehr passend, wenn der männliche Hausarzt einen kuscheligen Bart hat und die Hausärztin nicht wie ein gepflegtes und gestyltes Model aussieht, sondern häuslich locker daherkommt. Aus meiner Erfahrung weiß ich, wo-

hin dieser Prozess führen wird. Bald wird der niedergelassene Allgemeinmediziner den gleichen sozialen Status haben wie sein Kollege in der ehemaligen Sowjetunion vor 20 Jahren: arm, bei jeder Handlung eingeschränkt, von allen abhängig. Es ist schon jetzt teilweise so.

An dieser Situation sind nicht die Ärzte schuld, sondern die Politiker, die ihnen diesen Status aufdrücken wollen. Ob die Ärzte dabei mitmachen, hängt jetzt von ihnen selbst ab. Ich sehe als Tendenz der letzten Jahre ganz deutlich den Untergang der deutschen Allgemeinmedizin im Einzelnen und der deutschen ambulanten Medizin insgesamt. In Deutschland waren im ambulanten Sektor nicht selten Spezialisten beschäftigt, die in ihrer Qualifikation die stationär tätigen Kollegen übertrafen. Der ambulant tätige Internist, Gastroenterologe, Kardiologe oder Radiologe entlastete den stationären Bereich enorm. Die ambulant tätigen Kollegen, sowohl die Generalisten als auch die Gebietsspezialisten, ermöglichten den Kollegen aus dem stationären Bereich eine relativ ruhige, angenehme Arbeitsatmosphäre. Sollte zu einer chronischen Unterfinanzierung der Krankenhäuser mit einer daraus resultierenden Unterbesetzung und seit einiger Zeit völlig umgekrempelten, unsinnigen Arbeitsorganisation, wobei die Ärzte sich in erster Linie um die Dauer des stationären Aufenthaltes, bestimmt durch den Diagnosecode des ICD-Katalogs, und dann erst um den Gesundheitszustand des Patienten kümmern sollen, noch ein zusätzlicher Patientenstrom aus dem niedergelassenen Bereich kommen, führt das unvermeidlich zu einer weiteren Abnahme der Qualität, auch in der stationären Versorgung. Die Hilfeleistung, sowohl im ambulanten als auch im stationären Bereich in Deutschland, ist zurzeit im Vergleich mit anderen Ländern gar nicht so schlecht. Je mehr man den ambulanten Bereich aber kaputt spart (sowohl die Allgemeinmediziner als auch die Gebietsspezialisten), desto größerem Druck und

größerer Arbeitsbelastung werden die stationär tätigen Kollegen ausgesetzt sein. Wie in Spanien oder in England werden Patienten mit akuten Beschwerden in der Notfallaufnahme stundenlang auf einen Arztkontakt warten müssen. Irgendwann sieht es aus wie in der Fernsehserie Emergency Room: viel Chaos, viele Fehler und viel Durcheinander. Wenn man den niedergelassenen Bereich zerstört, um den stationären zu bevorzugen, dann muss man damit rechnen, dass am Ende beides nicht mehr funktioniert – sowohl der ambulante als auch der stationäre Bereich.

Die wichtigsten Akteure auf der Bühne des Gesundheitssektors sind leider nicht nur die Patienten und ihre behandelnden Ärzte, sondern es sind die Ärztevertreter (Funktionäre der Kassenärztlichen Vereinigung und der Ärztekammer), die für den Gesundheitssektor zuständigen Berufspolitiker, Krankenkassen sowie Patientenvertreter. Wie man sieht, befinden sich zwischen dem behandelnden Arzt und dem betroffenen Patienten massive Strukturen, deren falsches Funktionieren zu massiven Behandlungsproblemen führen kann. Die Gesundheitspolitiker scheinen zunehmend zu vergessen, dass sie ihr Geld von den Bürgern, von Mitgliedern der Gesellschaft bekommen. Ihre Unfähigkeit mit diesen Geldern umzugehen, müssen Patienten und Ärzte ausbaden. Statt Patienten mit den infrage kommenden Mitteln des 21. Jahrhunderts zu untersuchen, eine vernünftige Diagnose (also keine ICD-Diagnose) zu formulieren und dann den Patienten zu behandeln, nicht schul- oder alternativmedizinisch, sondern optimal und mit bestgeeigneter Therapiemethode, werden die Allgemeinärzte dazu aufgefordert, ihre Patienten zu motivieren, zu leiten, zu coachen, zu managen, zu beruhigen und mit ihnen zu sprechen. Das erscheint mir völlig absurd. Viele Ärzte und viele Ärztegremien machen aber mit, ohne zu merken, wohin das Ganze führt. Sollte man jetzt die Allgemeinmedizin in Oberflächliche Medizin umbenennen?



Um ein Beispiel zu nennen: Eine Schilddrüsenunterfunktion als Folge einer chronischen Schilddrüsenentzündung führt zu allgemeiner Abgeschlagenheit, zu Konzentrations- und Denkstörungen. Diese Erkrankung trifft man sehr oft an. Der Grad der Ausprägung ist natürlich unterschiedlich. Es beginnt mit leichten Symptomen und schreitet weiter fort. Die Basisdiagnostik dieser Funktionsstörung ist heute billiger als billig, zeitlich dauert sie nur wenige Minuten. Man muss nur einen Ultraschallschallkopf auf die Schilddrüse bringen und nur einen Blutparameter bestimmen. Sowohl der Patient als auch der Arzt profitieren davon. Der Arzt hat etwas verdient und der Patient hat Gewissheit. So müsste es eigentlich im Normalfall aussehen. Was erleben wir aber in unserem Alltag? Es wird dafür plädiert, die Schilddrüse zu untersuchen. Aber wie? Sie muss palpirt (abgetastet) werden. Der Halsumfang muss vermessen werden. Warum? Wozu? Was hat der Halsumfang mit einer Schilddrüsenerkrankung zu tun? Es gibt

heutzutage, Gott sei Dank, keine Kröpfe mehr, die man jahrelang mit dem Maßband ausmessen und beobachten musste. Wenn man allerdings ein allgemeinmedizinisches Journal oder eine Zeitung aufschlägt, sieht man darin überall Ärzte, die von hinten kommend den Patienten mit beiden Händen „würgen“. So untersuchen sie die Schilddrüse. Ich lese nicht selten die Arztbriefe aus spezialisierten Schilddrüsenpraxen, wo unter anderem steht: Halsumfang – 30 cm. Da ist man sprachlos! Was sollen dann die Allgemeinmediziner machen? Natürlich, sie untersuchen die Schilddrüse auch mit einem Maßband. So soll in den Augen der Öffentlichkeit ein guter, einfühlsamer Arzt aussehen. In Wirklichkeit ist eine solche Untersuchung schlimmer als gar keine. Aufgrund des Abtastens der Schilddrüse und des Vermessens des Halsumfanges kann man in der Regel keine Schilddrüsenkrankung diagnostizieren oder ausschließen. Nicht jeder gut- oder bösartige Schilddrüsenknoten lässt sich palpieren. Fast alle Schilddrüsenmalignome, die wir in unserer Praxis diagnostiziert haben, waren sehr klein, nur etwa 1 cm groß, und nicht palpabel. Im Klartext heißt das, wenn der Arzt eine Schilddrüsenuntersuchung auf das Abtasten und auf eine Halsumfangmessung reduziert, wäre es besser, dass er überhaupt nichts macht. Wenn der Arzt nach dieser Art der Untersuchung dem Patienten sagt, er hätte mit seiner Schilddrüse kein Problem, ist das aus meiner Sicht Augenwischerei. Ist dies eine Medizin der Zuwendung? Bedeutet das weniger apparative Medizin? Schlimmer noch, nach solchen Untersuchungen beginnt die Sprechende Medizin. Sie fühlen sich schlapp und abgeschlagen? Dann erzählen Sie mal über Ihre Kindheit. Waren Ihr Vater oder Ihre Mutter streng zu Ihnen? Haben Sie als Kind genug Zuwendung und Liebe bekommen? Wie oft haben Sie Sex mit Ihrer Frau (Ihrem Mann)? Und so weiter.



Man hat in der Vergangenheit von den Briten und generell von den Angelsachsen viel Gutes, Fortschrittliches übernommen. Man hat sich aber daran gewöhnt, alles nachzumachen, aus Gewohnheit sozusagen. Die Zeiten haben sich jedoch geändert. Ich bin mir sicher, es lohnt sich nicht mehr, die Briten zu kopieren. Die ganze Welt spricht über ihr Gesundheitssystem – und lacht. Die medizinische Versorgung und grundsätzlich die Verhältnisse zwischen Arzt und Patient dort scheinen mir sehr stark verbesserungswürdig. Und warum sollte man in Deutschland ein Versorgungssystem und ein Arzt-Patienten-Verhältnis einfordern, das in England kläglich versagt hat? Allein die Terminologie ist erschreckend: DDD, DMP, Me-too. Man verbessert dieses unglaubliche System eines family doctor, des Doktors, der, wie mir scheint, weniger kann als sein Vorgänger aus dem 19. Jahrhundert, indem man ein supermodernes und vermutlich nicht funktionsfähiges System einer totalen Patientenüberwachung (E-Karte) installieren will.

Die amerikanischen und britischen Probleme im Gesundheitswesen haben hier auf europäischem, deutschem Boden meiner Meinung nach gar nichts zu suchen. Man sollte sie dort lassen, wo sie sind. Man sollte von den anderen nur Gutes übernehmen. Warum wollen die Deutschen selbst nicht ein gutes Beispiel für eine vernünftige Arbeitsorganisation werden? Aus eigener Kraft etwas Vernünftiges kreieren? Aus einem doch sehr gut ausgebildeten deutschen Allgemeinmediziner, der wirklich früher viel konnte (Ultraschalluntersuchungen, Gastroskopien, Röntgen usw.), will man das deutsche Gegenstück eines englischen Familiendoktors machen, der außer einem Blutdruckmessgerät (wenn überhaupt) keinen Apparat bedienen kann. Der englische family doctor soll Präventionsarbeit machen, ohne dass er untersuchen und medikamentieren darf. Er ist kein Arzt mehr, sondern eher eine Barriere, die Barriere vor dem Zugang zu einer qualitativen Medizin.

So ein Beispiel sollte abschrecken, stattdessen produziert man den sogenannten Hausarzt, der im Wesentlichen genauso agieren soll wie sein englischer Kollege. Er darf nicht untersuchen (Ultraschalluntersuchungen sind begrenzt, vieles ausgeschlossen), darf fast nichts ausschreiben und so weiter. Man will die deutsche Allgemeinmedizin nach englischem Vorbild umgestalten. Warum übernimmt man ein System, das zum Objekt des Hohns der ganzen Welt geworden ist? Was bedeutet es überhaupt, ein Hausarzt zu sein? Es gibt Medizingebiete wie Kardiologie, Urologie und Allgemeinmedizin. Eine medizinische Disziplin Hausmedizin gibt es nicht. Für mich ist der Hausarzt, rein sprachlich betrachtet, zum Beispiel jemand, der das Haus behandelt, vielleicht ein Architekt oder ein Haussanierer, vielleicht auch ein Hausmeister. Es ist aber keine Bezeichnung für einen Facharzt. Hier liegt der Anfang der Misere, in der Pauschalisierung und der Verallgemeinerung.

Der Allgemeinarzt soll vor allem Arzt sein. Vor allem muss er Patienten gut behandeln. Er soll und muss kein Freund der

Familie, ein family doctor, sein, um gut zu behandeln. Es könnte ja auch gute Allgemeinärzte geben, die schüchtern sind und keine Freunde haben wollen. Es gibt andererseits Ärzte, wahre Stimmungskanonen, die jeden zum Freund haben wollen, die allerdings fachlich Versager sind. Viele Ärzte wollen keine Freunde der Patienten sein. Die Patienten beschwerdefrei machen und ihnen helfen, das ist ihr Anliegen. Es besteht keine Kausalität dazwischen.

Was ist das für eine Vereinfachung des Arztberufes – statt gut zu behandeln, soll der Arzt Freund der Familie werden und erklären, warum nichts mehr von der Kasse erstattet wird, im Familienkreis über Prävention sprechen, über Sport, Fitness, Sex und Nordic Walking, Sprechende Medizin betreiben, nicht die Krankheit, sondern den Patienten behandeln und trösten. Der sogenannte Hausarzt ist zum Mädchen für alles degradiert worden. Ihm wurde seine Fachkompetenz aberkannt und dafür ein Zuständigkeitsbereich zugeführt, den er gar nicht unterstützt. Er soll alles machen und darf gleichzeitig doch nichts tun. Und sehr bald, wenn die Allgemeinmediziner von früher nicht mehr berufstätig sind, wird der moderne Hausarzt tatsächlich nichts mehr können, außer seinen Papierkram zu erledigen. Und bald wird er dann vielleicht „Verwalter der elektronischen Krankenakte“ oder „Familien- und Hausverwalter“ heißen.

Für mich ist der Begriff Hausarzt, der den Begriff Allgemeinmediziner zunehmend ersetzt, ein medizinisches Unwort unseres Jahrhunderts. In meinen Augen soll der Allgemeinmediziner nicht ein abgewerteter Hausarzt, sondern ein stolzer und selbstbewusster Facharzt für Volkskrankheiten sein. Er soll die Wirbelsäulenbeschwerden besser als ein Orthopäde behandeln können, die Kopfschmerzen besser als ein Neurologe, eine arterielle Hypertonie besser als ein Kardiologe und Depressionen und Erschöpfungszustände besser als ein Psychiater. Er sollte in der Diagnostik, inklusive der Ultraschalldiagnostik, die er

bisher auch anwenden durfte und sollte, weil ohne dem die qualitative allgemeinmedizinische Diagnosestellung im 21. Jahrhundert nicht denkbar wäre, und für die Therapie der 30 bis 40 wichtigsten Erkrankungen über die Höchstqualifikationen verfügen. Er sollte über diese Volkskrankheiten besser Bescheid wissen als jeder Universitätsprofessor, und diese Tatsache sollte für alle Beteiligten einfach normal sein. Denn nur durch die tagtägliche praktische Tätigkeit, durch den ständigen Umgang mit Patienten wird man zu einem Spitzenfachmann. Die Professoren sollten das akzeptieren und ihre Aufmerksamkeit auf hoch spezialisierte Therapie- und Diagnostikbereiche sowie auf wissenschaftliche und pädagogische Kompetenzfelder richten, statt dem Praktiker Ratschläge zu geben, die er nicht braucht und die nicht realisierbar sind.

Die sogenannten Versorgungsforscher können aktuell wohl nicht verstehen, warum ihre wissenschaftlichen Erkenntnisse so wenig Akzeptanz in der praktischen Medizin finden. Sie wollen nach einem Bericht in der Zeitschrift Spiegel der Frage nachgehen, wie Ärzte ticken. Dafür wurde laut Spiegel ein 21 Millionen Euro teures Programm des Bundesforschungsministeriums und der Krankenkassen (Steuergelder) gestartet. Ich kann diese Versorgungsforscher kostenlos aufklären, wenn sie von allein nicht verstehen, wie die Ärzte ticken oder warum medizinisches Wissen zu spät oder gar nicht im klinischen Alltag ankommt. Schuld daran sind nicht die Praktiker, sondern die EBM-Wissenschaftler. Wenn sie etwas Vernünftiges, etwas Sinnvolles und Nützliches vorschlagen würden, dann wäre ihnen jeder Praktiker dafür dankbar und würde ihre Ratschläge sofort realisieren. Wenn diese „Wissenschaftler“ aber ihre eigenen Leitlinien und Richtlinien und ähnlichen Bürokratiekram alle fünf Jahre revidieren und für gesundheitsschädigend erklären, wenn sie Klassifikationen und Definitionen entwickeln, die absurd und lachhaft sind, dann sollen sie sich auch nicht wundern, dass die Praktiker ihnen so wenig

Vertrauen schenken. Damit wären 21 Millionen Euro Steuergelder gespart. Die könnte man für die bedürftigen Patienten ausgeben. Das wäre ein sinnvoller Umgang mit Steuergeldern.

Die zuständigen Gremien der deutschen Gesundheitspolitik sowie ihr ärztlicher Beraterstab und viele sogenannte Meinungsbildner sind vor allem fachlich-medizinisch völlig überfordert. Sie scheinen mir nicht in der Lage, ihre Hausaufgaben machen zu können. Wie aber soll dann alles funktionieren? Ich bin mir sicher: Nicht an Geld fehlt es im Gesundheitswesen – es fehlt an soliden, intelligenten und kompetenten Fachleuten mit gesundem Menschenverstand.

Qualitätssicherung – orwellsches *Ministerium für Qualität* ist schon da



Je weniger Möglichkeiten zur Behandlung von Patienten dem Allgemeinmediziner eingeräumt werden, desto mehr spricht man

über Qualität, Qualitätsmanagement, Qualitätssicherung, Zertifizierung, Standardisierung und Ähnliches. Über welche Qualität kann man aber heutzutage überhaupt noch reden, wenn die Leistungen, die früher als wirksam galten, immer mehr gekürzt werden? Wenn nur noch die billigsten Medikamente verschrieben werden dürfen, die dem Patienten oft viele Nebenwirkungen und wenig Besserung einbringen? Wenn man unter dem Damoklesschwert eines Regresses arbeiten muss? Wenn man die sinnvolle „hausärztliche“ Untersuchung der inneren Organe auf Abtasten und Abklopfen reduziert? Wenn man den Hausärzten bitterernst eine Hausarzt adaptierte Fortbildung anbietet?



Die Allgemeinärzte werden von zuständigen organisatorischen Gremien aufgefordert, Tausende von Euro in fragwürdige Qualitätsmaßnahmen, inklusive einer Praxiszertifizierung nach einer ISO-Norm, zu investieren, ohne dass man sie auffordert und (in dem Fall zu Recht) zwingt, einen Ultraschallkurs zu absolvieren. Es werden flächendeckend in den Allgemeinpraxen

Abrechnungssysteme für mehrere Tausende von Euro installiert, aber ein Ultraschallgerät wird nicht angeschafft. Es wird über komplexe und spezielle Themen diskutiert, und dabei werden die Niederungen des Alltags völlig ignoriert. So spricht man zum Beispiel bei jeder obligatorischen Ärzefortbildung sehr gern über die Studienergebnisse bei der einen oder anderen Krankheit, ohne dabei zu merken, dass die Diagnosekriterien, wie zum Beispiel im Falle einer Fibromyalgie oder des Kreuzschmerzes, vollkommen absurd sind.

Die Qualität der Medizin wird durch eine Institution reguliert und dirigiert, deren Arbeitsweise mich denken lässt, dass es sich um eine Tochterfirma des orwellschen *Ministeriums für Wahrheit* oder des *Ministeriums für Überfluss* handelt. Die Empfehlungen und Entscheidungen dieser Einrichtung würden mich belustigen, so auffällig unlogisch und unnormal sind sie, wenn sie nicht so relevant wären für die tägliche Praxis. Das Ziel dieser Institution, die Behandlung der Patienten kostengünstiger zu gestalten, führt auf Dauer nur zur weiteren Eskalation der Kosten. Der Geizkragen zahlt zweimal – dieses Sprichwort ist praktisch und theoretisch mehrmals bestätigt worden. Viele Ärzte fassen sich regelmäßig an den Kopf, wenn sie die Entscheidungen dieser Institution lesen. Und man kann nicht sagen, dass alle Ärzte diese destruktive Vorgehensweise tolerieren. Viele Ärzte protestieren, sie gehen auf die Straße, machen ihre Praxen für immer zu oder verlassen einfach dieses Land und gehen ins Ausland. Das interessiert leider nach wie vor niemanden. Was sollen die Ärzte noch machen? Wie sollen sie anders protestieren, damit die Gesellschaft endlich merkt, wohin die Reise geht? Sich öffentlich verbrennen?

In meinen Augen sind die Begriffe Qualitätsmanagement, Qualitätssicherung, Zertifizierung und Ähnliche in diesem Zusammenhang nichts anderes als orwellsches *Neusprech* und *Zweidenk*. Was soll, bitte schön, in einer Praxis zertifiziert oder

auf Qualität geprüft werden, wenn der Arzt nicht qualifiziert arbeiten darf und seinen Patienten, der 14 % seiner Einkünfte monatlich abgibt, immer mehr zur Kasse bitten muss? Was soll zertifiziert werden? Tapete? Bodenbelag? Waschbecken?



Sparen – Neusprech für Verschwendung

Ein ganz eigenes Thema ist das Sparen, im ganzen Gesundheitswesen und im Speziellen in der Allgemeinmedizin. Einer meiner Patienten fragte mich: „Was will die Kasse eigentlich damit erreichen, wenn sie mich zwingt, zum Diabetologen zu gehen? Die muss den doch auch bezahlen. Seit Jahren haben wir doch mit Ihnen alles auch ohne den Diabetologen im Griff gehabt.“ Viele Menschen verstehen, dass man mit solchen Sparmaßnahmen nie in den grünen Bereich kommt. Man zwingt die Patienten regelrecht dazu, Arztgänge zu machen, die sie medizinisch gar nicht brauchen. Das ist das Resultat des Wettbewerbs der Krankenkassen, den sie auf den Schultern der Gesellschaft austragen.

Die Umstellung auf Generika, Präparate mit dem gleichem Wirkstoff wie die Originalpräparate, verschlimmert die Therapie nicht, ist in der Regel genauso gut, aber preiswerter. Gut, das kann man logisch nachvollziehen. Es geht aber weiter. Die moderneren, eindeutig vorteilhafteren Präparate, bei denen es noch keine Generika-Ausweichmöglichkeit gibt, werden schlechtgeredet. Sie hätten keinen Nutzen gegenüber den alten Präparaten. Ich halte das für eine offensichtliche Lüge. Die Therapieformen, die zu teuer sind (was heißt hier überhaupt teuer, wenn man Milliarden für die E-Karte ausgeben will?), will man nicht zahlen, nicht weil man die anvertrauten Gelder verpulvert hat, sondern weil der Nutzen der Therapie angeblich nicht bewiesen ist. Die Gesundheitspolitik und die Krankenkassen sind bereit, die Datenlage eher durch die Beauftragung von EBM- und Statistik-Wissenschaftlern zu falsifizieren, als zuzugeben, dass sie mit den immensen Geldsummen, über die sie verfügen, keine optimale Hilfeleistung ermöglichen können. Dazu kommt der aktuelle Kampf zwischen diesen zwei Volksdienern. Man spricht vom Wettbewerb der Krankenkassen. Was soll das heißen? Auf welche Kosten wird dieser Wettbewerb geführt? Die Kassen verwalten doch nicht privates, sondern öffentliches Geld. Ihre Werbemaßnahmen kosten nicht den Kassen, sondern dem Steuerzahler Milliarden. Um ein neues Mitglied zu ködern, sind die Kassen bereit – mit öffentlichen Geld –, jeden Unsinn zu zahlen: von Nordic-Walking-Stöcken bis zum Urlaubszuschuss von 150,- Euro. Was soll das heißen, die Kassen sollen konkurrenzfähiger werden? Sie sollen vernünftig arbeiten, und zwar alle. Wenn eine Kasse schlechter arbeitet als die andere, dann ist das in meinen Augen kriminell und kommt einer Veruntreuung von öffentlichen Mitteln gleich. Die Kassen sind doch keine Privatfirmen wie BMW oder McDonald's. Es gibt hier keinen Platz für einen Wettbewerb auf fremde Kosten. Jede Krankenkasse muss optimal arbeiten. Und am besten wäre es, wenn es nur eine Kasse

gäbe. Dann würde es sofort mehr Geld für alle geben – anstatt eines Konkurrenzkampfes. Ist doch klar, oder?

Die Kassen und die Gesundheitspolitik sollten zunächst die Versicherten wahrheitsgemäß informieren: „Wir haben alles, was gut und fortschrittlich ist, nur – wir haben kein Geld. Wir können nur noch das Nötigste bezahlen. Oder das Geld ist da, aber wir haben Probleme mit seiner Verwaltung. Wir kommen mit unseren Aufgaben nicht zurecht.“ Dann müssen Korrekturen gemacht werden und die Leute an die Macht kommen, die mit Geld umgehen können.

Projekte wie die E-Karte erinnern mich an den Wunsch von früheren sowjetischen Parteivorsitzenden, die sibirischen Flüsse umzukehren und sie nach Mittelasien fließen zu lassen. Das wäre ein großer Vorteil für die sowjetische Landwirtschaft gewesen, da man danach in einem veränderten, guten Klima sehr große Ernten hätte einfahren und viel Geld sparen können. Auch eine Milchmädchenrechnung, in diesem Fall aber in einer kommunistischen Version. Erinnert das alles nicht wieder an die orwellsche Welt?



3. Kapitel

Schmerzgeplagtes Deutschland – eine logistische Herausforderung



„Habe seit 1989 Schmerzen. Leidensweg ohne Ende! Chirurgen, Orthopäden, dann Psychiater, Reha-Maßnahmen und Frühberentung! Heute nennt man diese Schmerzen „Somatoforme Schmerzstörung“! Aber ich habe sie immer noch!!!“

(Bericht eines Betroffenen im Internetforum)

Fachbegriff Rückenschmerz

Ein schmerzgeplagtes Deutschland. Volkskrankheit Rückenschmerzen. Fibromyalgie. Kreuzschmerzen. Nackenschmerzen. Kopfschmerzen. Ischiasschmerzen. Leistenschmerzen. Schulter-Arm-Schmerzen. Was haben alle diese Begriffe gemeinsam?

Alle diese Schmerzphänomene und Symptome hängen in der Regel nur mit einem Organ zusammen – mit der Wirbelsäule. Sowohl in der Laienpresse als auch in der Fachliteratur spricht man permanent von einem abstrakten, schlecht spezifizierten Rückenschmerz oder vom chronischen Schmerz. In der Regel werden unter diesem Begriff wirbelsäulenbedingte chronische Schmerzen und andere Symptomaten zusammengefasst. Dabei werden meiner Meinung nach die wirbelsäulenbedingten Schmerzen nicht konsequent genug von anderen Schmerzarten abgegrenzt.

Rund ein Drittel der Krankengeldausgaben werden durch Krankheiten des Muskel- und Skelettsystems verursacht, ein Großteil davon entfällt auf die wirbelsäulenbedingten Schmerzen (Quelle: BKK). Welcher Arzt ist für dieses Organ zuständig, wer therapiert diese Schmerzpatienten? Gibt es einen Mediziner, der die Wirbelsäule optimal konservativ behandeln kann? Ist das ein Schmerztherapeut, Orthopäde, Akupunkturarzt, Chiropraktiker, Neurologe, Psychiater, Psychotherapeut, Allgemein- arzt, Rheumatologe, Physiotherapeut, Sportmediziner, Rehabi- litologe? Oder vielleicht der Hausarzt? Nein. Jeder von diesen Spezialisten ist in der Regel nur in seinem Fachgebiet orientiert und wendet nur die in seinem Fachgebiet gebräuchlichen Thera- piemethoden an. Für die wirbelsäulenbedingten Schmerzen sind also alle zuständig und gleichzeitig keiner. Als logische Folge ist die Effizienz der Therapie in der Regel mehr als unzureichend. Einen Wirbelsäulenspezialisten gibt es nicht und es wird ihn wahrscheinlich noch eine Zeit lang nicht geben. Der Ausweg: Der Patient soll gleichzeitig von mehreren Ärzten behandelt werden. Die Behandlung soll interdisziplinär sein. Viele Ärzte sollen einen Patienten, wie am Fließband, zusammen betreuen und mit den Therapien behandeln, die sie beherrschen. Einer macht Akupunktur, der andere renkt ein, der Dritte spritzt, der Vierte verordnet Mikrowelle, der Fünfte stellt die Medikamente

zusammen, der Sechste (Hausarzt) schreibt rein, schreibt aus, schreibt auf, schreibt krank, schreibt über und so weiter, er dokumentiert und verwaltet also das Ganze. Doch was kostet dieses gestreute Herangehen? Das Sechsfache des Notwendigen. Und hat das für den Patienten im Endeffekt einen Sinn? Kann man auf einen guten Behandlungserfolg hoffen, wenn alle und keiner für den Patienten zuständig sind? Dieses interdisziplinäre Herangehen, realisiert durch viele Therapeuten, ist nicht bezahlbar, ganz zu schweigen davon, dass ein solcher Gruppenakt auch medizinisch keinen Sinn macht.



Die Terminologie, die man in Bezug auf die sogenannten vertebrales (columna vertebralis, lat. für Wirbelsäule, vertebrales = wirbelsäulenbedingt) Erkrankungen anwendet, ist primitiv: chronische Schmerzkrankheit, Rückenschmerzen, low back pain, Kreuzschmerz, unterer Kreuzschmerz, Rückenbeinschmerz, Tennisellenbogen, Golferellenbogen, schmerztherapeutisches

Stufenschema, unspezifischer Schmerz, psychogener Schmerz, Schmerzpatient – alles unscharfe und unpräzise Begriffe. Der Begriff Rückenschmerz darf sicherlich als grobe Orientierung in einem nicht fachlichen Gespräch benutzt werden. Leider aber ist der Rückenschmerz zu einem wissenschaftlichen und medizinischen Ausdruck geworden. So ist die Diagnose „low back pain“ medizinisch salonfähig geworden. In der letzten Zeit spricht man in der schmerztherapeutischen Literatur von einem Rückenbeinschmerz. Das ist doch anekdotisch, zumindest aus fachlicher Sicht. Über die Leitlinien zur Behandlung von Kreuzschmerzen war schon oben die Rede. Das ärztliche Herangehen zur Behandlung von wirbelsäulenbedingten Schmerzen ist ausgesprochen dilettantisch. Einer richtigen Codierung nach ICD-10-Katalog wird in der Literatur nicht selten mehr Aufmerksamkeit beigemessen als einer medizinisch korrekten Diagnoseformulierung. Und man soll sich nicht wundern, dass viele Heilpraktiker auf dem Gebiet der Wirbelsäulenerkrankungen effizienter als viele Ärzte und Medizinprofessoren sind.



Sowohl statistische als auch ärztliche Institutionen sprechen sehr gern und sehr wissenschaftlich von einem chronischen Rückenschmerz, der unsere Gesellschaft 35 Milliarden Euro im Jahr kosten soll und von dem 33 Millionen Bundesbürger betroffen sein sollen, obwohl eine wissenschaftlich korrekte Definition von Rücken nicht existiert und nicht möglich ist. Wo beginnt und wo endet eigentlich der Rücken? Ist der Rücken eine Anatomieeinheit beziehungsweise ein Organ zwischen dem Kopf und den Beinen? Oder doch nur zwischen den Schulterblättern und dem Popo? Gehört etwa der Schmerz an den hinteren Schultergelenkpartien zum Rückenschmerz und an den vorderen Partien zum Brustschmerz? Ist eine Lumboischialgie (Ischiasschmerz) ein Rückenschmerz? Ist der Nackenschmerz noch ein Rücken- oder ist er schon ein Kopfschmerz?

Nicht zufriedenstellend ist auch die Tatsache, dass eine sprachliche Vereinfachung, die vertebrale Beschwerden in der Fachsprache als Rückenschmerz zu definieren, weitergeführt wird und aus einem Rückenschmerz ein einfacher Schmerz gemacht wird. Unter der Diagnose Chronische Schmerzkrankheit wird dieser Schmerz eines Schmerzpatienten dann nicht selten rein medikamentös nach einem Stufenschema verständlicherweise mit „schmerzlich“ wenig Erfolg behandelt. So kommt es zum nächsten undifferenzierten Klischee: dem schmerzgeplagten Deutschland. Ich halte eine solche Terminologie im ärztlichen Sprachgebrauch für fehl am Platze und in der täglichen Praxis für schädlich. Es ist sicherlich von großer Bedeutung, die vertebrale Beschwerden statistisch zu erfassen. Doch zuvor muss man klar definieren, welche Beschwerden man zu den vertebrale zählen soll. Wenn man schließlich nach einer korrekten Zuordnung aller vertebrale Beschwerden alle Steuergeldausgaben statistisch berücksichtigt, kommt unsere Gesellschaft mit 35 Milliarden Euro vermutlich nicht aus. Das ist nur die Spitze des Eisbergs. Die Frage, wie viele Milliarden an

Steuergeldern die vertebrae Erkrankungen uns tatsächlich kosten und wie viele Milliarden man bei einer besseren Organisation sparen könnte, ist somit völlig offen.

Es wird aktuell empfohlen, dass der behandelnde Schmerztherapeut vor der Behandlung mit dem Patienten ein Behandlungsziel quasi aushandelt. Wie viel Prozent Besserung möchte der Patient haben? Natürlich so viel wie möglich. Am besten 100 %. Aber auch 10 % sind besser als nichts. Solche Fragen erscheinen mir, vorsichtig ausgedrückt, bizarr und eines Arztes nicht würdig. Die gravierenden Defizite bei den Fragen der Terminologie, Klassifikation und Therapieempfehlung (Leitlinien) bei sogenannten Rückenschmerzen wurden schon oben angesprochen. Anstatt eine sinnvolle, fundierte Weiterbildung in Bezug auf die Diagnostik und Therapie der Wirbelsäulenerkrankungen zu organisieren, wird über den Vorschlag diskutiert, einen Facharzt für Schmerztherapie einzuführen. Wozu soll dieses Mädchen für alles gut sein? Wird dieser Facharzt alle Schmerzen mit Holzhammer und Morphinum therapieren? Die Leute, die sich für Wissenschaftler oder für Schmerzpäpste halten und auf die Evidence Based Medicine schwören, benutzen bei ihrer Arbeit gleichzeitig solche unwissenschaftlichen Begriffe wie Rücken, Rückenschmerzen, unterer Kreuzschmerz, Rheuma oder, bezogen auf eine Wirbelsäulenerkrankung, solche absolut verschwommenen Diagnosen wie Chronische Schmerzkrankheit – undifferenzierte Begriffe, was ihre Verwendung von vornherein nutzlos macht.

Man behandelt den Rückenschmerz oft nach einem Stufenschema, ohne die wichtigste und oft einzig wirksame Therapiemethode – die Akupunktur – mit einzubeziehen. Weil Akupunktur angeblich nicht wissenschaftlich ist. Die Akupunktur soll wissenschaftlich bewiesen bei Kreuzschmerzen helfen und bei Nackenschmerzen wissenschaftlich bewiesen nicht helfen. Ich halte das für Unsinn.

Manche Kollegen nehmen alles unheimlich ernst. Sie glauben felsenfest daran, dass alles, was heute wissenschaftlich bewiesen ist, für immer Gültigkeit haben wird. Und nur das, was wissenschaftlich validiert hilft, überhaupt hilft. Regelmäßig stoßen sie allerdings an die Grenzen ihrer Vorstellungen. Wenn jetzt die Kassen die Kosten für Akupunktur in einem Sparmodus (was allerdings besser ist als gar nichts) übernehmen, heißt das aber noch lange nicht, dass alle Kollegen davon überzeugt sind. Viele gehen sogar auf die Barrikaden.

Die gravierenden Defizite in der Versorgung der vertebrogenen Schmerzpatienten hängen also vor allem damit zusammen, dass es nicht nur im deutschsprachigen Raum, sondern auch europa- und weltweit am Begriff Vertebrologie, dem Teilgebiet der Medizin, das sich mit der Diagnostik und der Behandlung von Wirbelsäulenpatienten befasst, mangelt. Eines der klinisch wichtigsten, sozial kostspieligsten, professionell interessantesten und therapeutisch behandlungsfreundlichsten Kompetenzfelder der Medizin und der sozialen Gesundheit befindet sich in einem erbärmlichen, konfusen und chaotischen Zustand. Dieses Kompetenzfeld ist in kleine Teile zerlegt und muss endlich zu einer Einheit zusammengebaut werden. Der Terminus Vertebrologie wird in den osteuropäischen Ländern zwar seit einiger Zeit benutzt, die Inhalte, die zu diesem Terminus gehören, sind aber sehr uneinheitlich und kontrovers. Normalerweise nennen sich die Manualtherapeuten und Chiropraktiker Vertebrologen, obwohl sie nur eine auf die Wirbelsäule gerichtete Therapiemethode anwenden, und diese oft so, dass sie dem Patienten nur Schaden bringt. Mein großes Anliegen ist es, den Terminus Vertebrologie oder Wirbelsäulenlehre in Deutschland zu etablieren und inhaltlich zu füllen. Zu diesem Thema habe ich zwei Bücher geschrieben. Der Patientenratgeber „Volkskrankheit Rückenschmerz und die sogenannte Fibromyalgie“ bietet dem Leser die Möglichkeit, sich sowohl von manchen überholten Dogmen als auch von man-

chen euphorischen Versprechungen zu distanzieren und seinen eigenen Weg zur Beschwerdefreiheit zu finden. Das Fachlehrbuch für Ärzte „Praktische Vertebrologie in der Allgemeinmedizin“ könnte eine praktische Entscheidungshilfe für Kollegen sein, die in ihrer Weiterbildung keine Möglichkeit hatten, das Organ Wirbelsäule und damit verbundene Symptomatiken und konservative Therapiemöglichkeiten im Detail kennenzulernen. In diesen Büchern analysiere ich Ursachen der Plage Chronischer Rückenschmerz und warum es zu solchen Massenphänomenen wie „Volkskrankheit Rückenschmerz“ und „Schmerzgeplagtes Deutschland“ überhaupt kommen konnte. Was hat dabei die entscheidende Rolle gespielt? Sind es Zivilisationsfaktoren wie schlechte Luft, langes Sitzen, Stress oder vielleicht der aufrechte Gang? Oder ist es eher ein falsches medizinisches Vorbeugungs- und Behandlungskonzept, das dabei entscheidend ist? Heiße Bäder, chiropraktische Einrenkung, Gerätetraining, Elektrophotherapie, Rückenschwimmen, Operation – diese, nach Meinung vieler Ärzte führende Therapieoptionen schaden den Patienten viel häufiger, als dass sie nutzen. Ich bin letztlich überzeugt, dass der Rückenschmerz und andere wirbelsäulenbedingten Beschwerden als Massenphänomen und Volkskrankheit vor allem durch ein falsches medizinisches Vorbeugungs- und Behandlungskonzept und nicht durch den aufrechten Gang, eine schlechte Matratze oder Stress bedingt sind.

Wenn die Wirbelsäulenproblematik so viel kostet und so viele Menschen belastet, dann muss ein Spezialist geschaffen werden, der sich mit allen infrage kommenden Therapien auskennt. Wenn in Deutschland das Medizinwissen in sehr spezialisierte Kompetenzfelder wie Sportmedizin, Diabetologie, Umweltmedizin oder Allergologie aufgespalten wird, dann muss auch ein enorm breites und klinisch äußerst wichtiges Kompetenzfeld wie die konservative Diagnostik und die Therapie der Wirbelsäulenerkrankungen einen Fachmann bekommen.

Heutzutage finde ich in Deutschland recht wenig Logik in der Terminologie und der Organisation der medizinischen Hilfe für Patienten mit Erkrankungen der Wirbelsäule und daraus resultierend in der Diagnostik und Therapie von chronischen Schmerzen. Hauptsächlich aus diesem Grund – ineffiziente Prophylaxe und Therapie – wurde der Rückenschmerz zu einer Volkskrankheit und füllt im Wesentlichen inhaltlich den Ausdruck „Schmerzgeplagtes Deutschland“ mit Leben, weil just diese Wirbelsäulenpatienten den Löwenanteil an chronischen Schmerzpatienten ausmachen. Und das passiert in dem Land, in dem grundlegende Begriffe und Therapievorstellungen bezüglich der Wirbelsäulenerkrankungen Anfang des 20. Jahrhunderts ausgearbeitet und etabliert wurden, in dem Land, aus dem Ärzte stammen, deren Namen jeder Wirbelsäulenspezialist bis heute in jedem Land der Erde kennt.

Ich bin der Meinung: Ein schmerzgeplagtes Deutschland ist das Ergebnis einer nicht optimalen Betreuung von Patienten mit Wirbelsäulenerkrankungen.

Wie soll die Wirbelsäule therapiert werden?

Wir leben in einer Zeit des Umbruchs, in einer Zeit der gesellschaftlichen Erneuerung. In der heutigen Zeit der gesellschaftlichen Veränderungen werden auch die medizinischen Konzepte neu entwickelt und neu definiert. Die uns im sozialen Bereich zur Verfügung stehenden Mittel sind begrenzt. Besonders in der heutigen Zeit der finanziellen Knappheit ist es deshalb wichtig, die bestehenden Ressourcen sinnvoll zu verteilen und sich zunächst auf die Kernaufgaben zu konzentrieren. Chronische Schmerzzustände, die meistens auch einen Bezug zur Wirbelsäule haben, stellen aus ökonomischer und aus menschlicher Sicht eines der wichtigsten Probleme für die soziale Gesundheit dar.



In der Schmerztherapie spricht man von einer chronischen Schmerzkrankheit, einem Zustand, bei dem der Schmerz seine Signalrolle verloren hat und zu einer eigenständigen Erkrankung geworden ist. Die Empfehlung: Der Schmerz muss unterdrückt werden. In manchen (seltenen) Fällen sind der Begriff chronische Schmerzkrankheit und die rein symptomatische Unterdrückung des Schmerzes mit starken Schmerzmitteln sinnvoll, nicht aber im Fall eines vertebrogenen Schmerzes. Im Fall einer chronischen vertebrogenen Erkrankung verliert nämlich der Schmerz seine Signalfunktion nicht. In diesen Fällen ist der Schmerz ein Appell an alle Beteiligten: Lebensgewohnheiten sollen optimiert und die Behandlung intensiviert und optimiert werden. Die Heilmaßnahmen und Therapien, die mehr schaden als nutzen, sollten aus dem Therapiekonzept ausgeschlossen werden. Auch jede sinnvolle Therapie, die als eine Monotherapie (Einzeltherapie) durchgeführt wird, soll als inadäquat (unzureichend) eingestuft werden. Nur eine Kombinationstherapie kann im Falle einer chronisch schmerzhaften Wirbelsäulenerkrankung zu einem

dauerhaften Behandlungserfolg führen. Es steht fest: Unter einer breit gefächerten, adäquat konzipierten, konservativen Therapie mit obligater Akupunkturanwendung können die meisten jahrelang von Schmerzen geplagten Patienten dauerhaft beschwerdefrei gemacht werden. Allerdings sollte die Akupunktur an die Vorstellungen der modernen Medizin und an die klassischen schmerzhaften Krankheitsbilder angepasst werden. Aus meiner Erfahrung ist die optimale Versorgung eines chronischen vertebra- gen Patienten nicht möglich, wenn der behandelnde Arzt nicht gleichzeitig über spezielle Kenntnisse in den folgenden vier Disziplinen verfügt:

1. Akupunktur
2. Manuelle Diagnostik und Therapie
3. Therapeutische Lokalanästhesie
4. Medikamentöse Schmerztherapie

Ohne diese Kenntnisse ist eine optimale konservative Wirbelsäulentherapie gar nicht denkbar. Genauso wie der Chirurg, der nach dem Prinzip „alles oder nichts“ handelt, soll der Spezialist Vertebrologe handeln. Der Chirurg im OP kümmert sich um alles, um jedes Detail – um eine sterile Abdeckung, um die Blutstillung und um die OP-Technik. Der Spielraum für eine falsche Handlung ist sehr eng. Alles muss stimmen. Nur dann hat der Chirurg eine Hoffnung auf Erfolg. Was nutzt es, wenn er die Operation technisch einwandfrei durchgeführt, sich aber die Hände nicht sterilisiert hat und der Patient durch eine Wundinfektion stirbt? Oder er operiert schnell, entfernt einen Tumor, kümmert sich aber nicht um die Blutstillung? Genauso muss sich der Kollege, der die vertebra- gen Beschwerden therapiert, um alles kümmern, damit das Ergebnis seiner Arbeit gut ist. Es reicht nicht, wenn er nur das anwendet, was er irgendwann gelernt hat. Die Kenntnisse, die zur Behandlung eines Wirbel-

säulenkranken gehören, müssen ganz klar definiert werden. Hier greift aus meiner Sicht das gleiche Prinzip: alles oder nichts. So wie in der Kardiologie jede Therapiemethode auf die Waagschale gelegt wird, so sollte es in der Vertebrologie auch sein. Jede einzelne Therapie und Vorbeugungsmaßnahme muss abgewogen werden. Es darf dabei keine Frage dogmatisiert werden. Das muss allerdings ganz gezielt in Bezug auf die vertebrale Erkrankung und nicht auf den Fall eines Schmerzpatienten geschehen.



Auch solche Krankheitsbilder wie Migräne, Spannungskopfschmerz, Blutdruckschwankungen oder Reizdarm können nicht allein durch Trigger-Faktoren (provozierende Faktoren, Auslöser) wie Stress, Alkohol oder Menstruation ausgelöst werden, sondern auch durch eine Parallelerkrankung wie eine Wirbelsäulendysfunktion. Behandelt man die Wirbelsäule adäquat, bilden sich viele Schmerzsymptomaten zurück, die eigenständige Hintergründe haben. Bei sehr vielen Kopfschmerz- oder

Bauchschmerzpatienten ist nämlich die Wirbelsäule für die Symptomatik mitverantwortlich.

Es ist wichtig, dass sich die Ärzte aller Fachrichtungen bei der Problematik der vertebraenen Erkrankungen gut informieren. Die Symptome der Wirbelsäulenerkrankung trifft man als Arzt mehrmals am Tag und in fast allen Fachgebieten. Die Ärzte, vor allem Allgemeinmediziner und Kinderärzte, sollen sowohl die schmerzhaften als auch nicht schmerzhaften Symptome gut differenzieren und strukturieren können. Sonst wirkt auf sie ein Patient, der gleichzeitig mehr als drei Schmerzstellen angibt, als Psychosomatiker, dem alles wehtut. Sie benennen dann die Symptomatiken, deren Ursprünge und Entwicklungsmechanismen sie nicht verstehen können, als einen unspezifischen Schmerz. Dieser Fachausdruck, ein unspezifischer Schmerz, ist in meinen Augen wieder nichts anders als dummes Zeug. Schmerz kann immer spezifiziert werden. Unspezifisch ist der Schmerz meistens nur für diejenigen Ärzte, die auf diesem Gebiet schlecht weitergebildet sind und den Schmerz nicht spezifizieren können.



Der Stellenwert der psychosomatischen Medizin bei Rückenschmerzen

Ich empfinde einen sehr großen Respekt und habe auch ein großes Interesse für das Fachgebiet der Psychiatrie. Während meiner Studienzeit war Psychiatrie eines meiner Lieblingsfächer. In der Allgemeinpraxis sind zumindest die Grundkenntnisse der Psychiatrie unumgänglich. Die Patienten mit Depressionen, Ängsten, psychovegetativer Erschöpfung und anderen Störungen der Psyche konsultieren einen Allgemeinmediziner mehrmals am Tag. Doch so sehr ich von der Psychiatrie fasziniert bin, so sehr werde ich ständig von der sogenannten Psychosomatik (psychosomatischen Medizin) enttäuscht. Vor allem ärgert es mich, wie man dieses Kompetenzfeld definiert und praktiziert. Denn die Zusammenhänge zwischen der Psyche und dem Soma (dem Körper) sind in der Medizin eines der faszinierendsten Themen überhaupt. In Deutschland war ich mehrmals bei psychosomatischen Fortbildungen, zunächst im Rahmen eines obligatorischen Programms vor der Facharztprüfung in der Allgemeinmedizin und dann im Rahmen einer schmerztherapeutischen Fort- und Weiterbildung. Die Psychosomatik erlebt heutzutage eine Überprüfung und Umstrukturierung. Zumindest in der englischsprachigen Literatur spricht man vom Aufstieg und Untergang der Psychosomatik. Ich bin damit vollkommen einverstanden, wenn man dieses Kompetenzfeld der Medizin jetzt in Ordnung bringen will.

Während in der Psychiatrie die meisten Krankheitsbilder scharf umrissen sind wie zum Beispiel Schizophrenie und manisch-depressive Psychose, wobei normalerweise kein Zweifel an einer psychiatrischen Diagnose besteht und eine Simulation praktisch unmöglich ist, ist die sogenannte Psychosomatik extrem amorph, höchst spekulativ, sehr widersprüchlich und auch therapeutisch ineffektiv. All das bringt normalerweise nur

Ärger für den Patienten und Frustrationen für den Arzt. Die westlichen Versuche, die Zusammenhänge zwischen Psyche und körperlichem Leiden aufzuspüren, führten zum Entstehen der psychosomatischen Medizin – in meinen Augen ein äußerst fragwürdiges und widersprüchliches Kompetenzfeld, das weder mit der Physiologie des Menschen noch mit der Psychiatrie etwas gemeinsam hat. Das ist ein klinisches Fach ohne feste klinische Bilder und basiert auf unscharfen und spekulativen Vorstellungen. Sehr oft ist es zudem für den Arzt eine gute Fluchtmöglichkeit aus der eigenen Inkompetenz.

Was heißt eigentlich Psychosomatische Medizin? Mit welchem Inhalt hat man diesen Terminus gefüllt? Die Frage ist nicht so leicht zu beantworten, da die auf den ersten Blick klare verbale Information (der Zusammenhang zwischen Psyche und Körper) irreführend ist. Alle Krankheiten sind im weitesten Sinne psychosomatisch. Denn jede körperliche Krankheit führt zu kleinen oder größeren psychogenen Reaktionen, und jede psychisch-emotionale Krankheit oder eine Diskoordination führt zu körperlichen Reaktionen. Es gibt in der Tat eine Vielzahl von Erkrankungen, bei denen ein entscheidender, direkter Zusammenhang zwischen Psyche und Körper besteht. Der Terminus Psychosomatik ist zwar ein sehr sinnvoller, klarer Begriff, aber er ist im engen Sinne eine Selbstverständlichkeit. Psyche und Soma können sowieso nicht voneinander getrennt werden. Und wenn sie getrennt sind, dann braucht der Patient keinen Arzt mehr. Das ist das Paradoxe an der westlichen Psychosomatik: Die Schlussfolgerung, der Patient habe eine psychosomatische Erkrankung, heißt nicht unbedingt, dass die Psyche zu einer körperlichen Krankheit führt, was eigentlich in der Praxis nicht selten der Fall ist. Man weiß ja, dass Stress oder starke Emotionen zu einer arteriellen Hypertonie, zu einer Magenschleimhautentzündung oder zu einem Spasmus der Bronchien führen können. Nein, psychosomatische Erkrankung heißt in der Regel:

Die Psyche führt zu Symptomen, die eine körperliche Krankheit vortäuschen oder sich nicht anders als psychogen erklären lassen. Ärzte der psychosomatischen Medizin haben sich damit einen sehr guten Terminus angeeignet, den sie, wie ich denke, allerdings meistens falsch oder nur einseitig anwenden. Es gibt leider keinen klaren Terminus, der uns eindeutig einen Zusammenhang oder eine führende Rolle der Psyche in der Entstehung einer realen körperlichen Krankheit signalisiert. Entweder muss man den Terminus „psychosomatisch“ mit neuem Inhalt füllen, oder man sollte ihn so lassen, wie er ist, und einen neuen Terminus ins Leben rufen.



Früher, als die psychosomatische Medizin ihre Blütezeit erlebte, war das medizinische Wissen im Vergleich zu dem heutigen sehr bescheiden. Um ein Beispiel zu nennen: Das Krankheitsbild eines Lumbago (Hexenschusses), bei dem aus unserer heutigen medizinischen Sicht ein biomechanischer Konflikt in den

Bandscheiben oder Gelenken der Wirbelsäule vorliegt, führte man noch vor 50 bis 60 Jahren auf eine infektiobedingte Entzündung der Nervenwurzel (Radikulitis) zurück, was, wie wir jetzt wissen, sicher falsch ist. Noch heute wird in jedem Orthopädie- oder Schmerztherapiebuch ein Lasègue-Symptom, Symptom der Wurzeldehnung, wobei der Arzt das gestreckte Bein des liegenden Patienten anhebt, dogmatisch und starr als wichtigstes Symptom beschrieben. Man ging davon aus, dass nach einer Infektion die entzündeten Nervenwurzeln bei Heben des Beines auf ihre Dehnung mit Schmerz reagieren. Dabei spielt dieses diagnostische Kriterium, das Lasègue-Symptom, nach dem heutigen Stand des Wissens überhaupt keine Rolle, weder bei der Diagnosestellung, noch bei der Therapiekonzipierung, und hat auch für die Prognose und für den Verlauf der Erkrankung überhaupt keine Relevanz. Doch unkritisch wird dieses Symptom durch Zitieren von einem Autor zum anderen weiter beschrieben und geistert nach wie vor durch alle Lehrbücher. Außer dass dieses Symptom einen wohlklingenden französischen Namen hat, gibt es daran nichts Interessantes.

Was für die Gründer der Psychosomatik auch unbekannt war, sind die philosophisch-medizinischen Theorien aus Fernost. Innerhalb der letzten 30 bis 40 Jahre wurde die westliche Medizin durch das Eindringen des Wissens aus den fernöstlichen Ländern positiv beeinflusst. Die Asiaten hatten schon vor Jahrtausenden die Erklärung für manche medizinische Phänomene gefunden. Ihre Theorien funktionieren in der Praxis und erklären vieles. Auch dieses Wissen wurde den Gründern der psychosomatischen Medizin nicht zugänglich, mit der Folge einer einseitigen Bewertung von vielen Symptomatiken. So kam es regelmäßig dazu, dass man aus Unwissen hinter sehr vielen Beschwerden eine psychogene Ursache sah. Bei chronischer Magenschleimhautentzündung etwa nahm man an, der Patient habe versteckte Aggressionen oder sei psychisch instabil. Wenn der Patient dazu

eine stark ausgeprägte nasolabiale Falte hatte, stand die Diagnose fest. Man hat sogar jede andere Falte im Gesicht einer körperlichen Krankheit zugeordnet. Heute weiß man allerdings, dass beim Entstehen einer Gastritis (Magenschleimhautentzündung) vor allem eine sogenannte Helikobakter Pylori-Infektion und nicht die Psyche eine führende Rolle spielt. Der weibliche Orgasmus galt ebenfalls als behandlungsbedürftig und als Zeichen einer Hysterie. Aus Unwissen und aufgrund persönlicher Spekulationen kam es so zur Blütezeit der Psychosomatik mit weitreichenden Folgen. Auch in Deutschland gruppierten sich manche Wissenschaftler um dieses Fachgebiet und trugen zur allgemeinen Verwirrung bei, wobei sich einige führende Psychosomatik-Spezialisten fast schon eine allwissende Aura aufbauten.

Psychosomatik gehört zu einem Kompetenzfeld der Medizin, in dem jeder sich zum Halbgott in Weiß erklären kann, ohne mit der Gefahr konfrontiert zu werden, in seiner therapeutischen Inkompetenz erwischt zu werden. Ein Chirurg, ein Internist oder ein Hautarzt bewegen sich mit ihren Therapieerfolgen oder Misserfolgen in eindeutigen und sichtbaren Zusammenhängen. Wenn jeder Zweite nach einer chirurgischen Operation nicht mehr lebt, merkt jeder, dass die Qualifikation des Chirurgen eher niedrig ist. In der sogenannten Psychosomatik kann der Arzt den Patienten jahrelang behandeln, ohne dass jemand versteht, was er überhaupt macht. Der Arzt hält sich bedeckt. Der Patient lebt weiter, obwohl er nach wie vor Schmerzen oder andere Beschwerden hat. Nicht besser? Hmmm – schwieriger Fall! Keine Abnabelung vom Elternhaus oder liegt eine schwere Kindheit vor?

Deswegen waren (oder sind) manche Berufsschwindler ohne Abitur und mit gefälschten Urkunden in der Rolle eines Chefarztes einer psychosomatischen Klinik jahrelang so erfolgreich. Erwischt wurden sie meist nicht durch Kollegen oder Patienten,

sondern weil sie sich selbst eine Falle stellten. Ich glaube fast, dass nicht wenige von diesen Schwindlern ihre Posten als Chefarzte einer psychosomatischen Klinik auch heute noch erfolgreich bekleiden. Die Handlungen dieser Scheinärzte sind nicht überprüfbar, weil sie per definitionem spekulativ und hypothetisch sind.

Heutzutage sind viele Vorstellungen der psychosomatischen Medizin hoffnungslos überholt. Die Psychosomatik zu modernisieren wäre aber genauso sinnlos, als würde man im Schiffsbau versuchen, die Schiffe der Wikinger zu modernisieren, um sie schneller und sicherer zu machen, anstatt ein modernes Schiff zu bauen. Man braucht in der Medizin oft eine Richtungsänderung, die radikal und komplett neu ist. Man spricht dann von Paradigmenwechsel. Ich halte das in diesem Fall für sinnvoll.

Welche psychosomatischen Diagnosen gibt es und was beschreiben sie?

Im Laufe der Zeit wurde in der westlichen medizinischen Welt, völlig künstlich, eine Reihe von Erkrankungen unter dem Begriff Psychosomatik zusammengefasst. Der Begriff selbst ist, wie ich schon sagte, viel schöner und wohlklingender als sein heutiger Inhalt. Die Psychosomatik, wie man sie heute praktiziert, gehört weder zur Psychiatrie noch zur Allgemeinmedizin oder Inneren Medizin. Die psychosomatisch orientierten Ärzte haben oft nur oberflächliche Kenntnisse in diesen Gebieten, was zu einem weiteren Chaos in der Terminologie und bei den Krankheitsdefinitionen führt. Hier ist wieder ein starker Einfluss aus den angelsächsischen Ländern, vor allem aus den USA, zu registrieren, wobei die deutschen Fachkreise wie immer bereit sind, alles automatisch und ungeprüft zu akzeptieren. Die häufigste psychosomatische Diagnose ist die somatoforme Störung.

Der Begriff somatoforme Störung beinhaltet Diagnosen wie Somatisierungsstörung, undifferenzierte Somatisierungsstörung, Konversionsstörung, Hypochondrie und psychogene Schmerzstörung. Wenn man die Diagnose einer psychosomatischen Erkrankung im engen Sinne stellt, hat das weitreichende Konsequenzen für den Patienten. Unter Umständen bekommt er jahrelang eine falsche Behandlung. Aber was genau bedeuten diese Diagnosen?

Somatisierungsstörung: Eine chronische, schwere psychiatrische Störung, die durch viele rezidivierende, klinisch signifikante körperliche Beschwerden (einschließlich Schmerz und gastro-intestinale, sexuelle und neurologische Symptome) gekennzeichnet ist. Diese Beschwerden können durch eine körperliche Störung nicht völlig geklärt werden. Im typischen Fall berichten Patienten über ihre Symptome auf eine dramatische und gefühlsbeladene Weise und stellen sie als „unerträglich“, „unbeschreiblich“ oder „unglaublich schlimm“ dar. Die Beschwerden beginnen vor dem 30. Lebensjahr und sind auf mehrere Organe bezogen.

Wie kann man das in einer nicht medizinischen Sprache ausdrücken? Der Patient hat körperliche Beschwerden. Zum Beispiel Kopf-, Nacken-, Herz-, Magen-, Ischias- und Knieschmerzen. Der Arzt kann keine körperliche Erkrankung diagnostizieren. Aus welchem Grund auch immer. Ist er vielleicht schlecht qualifiziert auf dem Fachgebiet, in dem sich die Beschwerden des Patienten bewegen? Hat er kein Interesse? Vielleicht beklagt der Patient seine Rückenschmerzen, der Arzt hat aber von Manueller Medizin, Orthopädie und Akupunktur wenig Ahnung und ist nicht kompetent genug? Und zwei, drei weitere Konsultanten, die diesen Patienten untersuchten, haben unglücklicherweise das Pulver auch nicht gerade erfunden, und Superspezialisten sind sie ebenso wenig. Alle Ärzte finden also nichts – kein Hirntu-

mor, keine Meningitis, keine Osteoporose und keinen Bandscheibenvorfall. Der Patient hat aber Beschwerden und belastet die Ärzte weiter. Er will gesund werden, sucht nach Hilfe und geht zu einem anderen Arzt. Er ist penetrant und sagt, seine Beschwerden seien unerträglich. Er ist auf diese Beschwerden fixiert, er will gesund werden. Der Arzt klärt ihn auf, dass er kein körperliches Leiden habe, und der Patient akzeptiert das. Jetzt weiß er und akzeptiert es, dass die Beschwerden – Schmerzen und andere – psychogen bedingt sind. Die Diagnose steht: Somatisierungsstörung. Und die signalisiert: Das Problem liegt beim Patienten, nicht beim Arzt.

Sind die Symptome nach dem 30. Lebensjahr aufgetreten, ist der Patient nicht so emotional, hat er nicht überall Schmerzen, sondern nur an einer oder zwei Stellen, dann stellt man die Diagnose einer undifferenzierten Somatisierungsstörung. Der Patient kann nach ärztlicher, psychosomatischer Aufklärung einsichtig oder auch uneinsichtig sein, dass bei ihm körperlich alles in Ordnung ist. Hätte der Patient dem Arzt nicht geglaubt, dass er körperlich gesund ist, und weiter geglaubt, dass er krank ist, wäre er nicht so penetrant und fordernd gewesen, sondern eher depressiv und misstrauisch, würde die Diagnose Hypochondrie lauten.

Hypochondrie: Geistige Beschäftigung mit körperlichen Funktionen und Angst davor, eine ernsthafte Erkrankung zu bekommen oder zu haben auf der Grundlage einer Fehldeutung körperlicher Symptome.

Das bedeutet: Der Patient ist überzeugt, dass er eine Erkrankung eines konkreten Organs oder eine unbekannte Erkrankung hat. Er hat auch die entsprechenden Symptome. Der Patient sei körperlich gesund, meint der Arzt. Der Patient glaubt dem Arzt aber nicht. Diagnose: Hypochondrie. Auch diese Diagnose

signalisiert: Das Problem liegt beim Patienten. Und hier nun das nächste psychosomatische Krankheitsbild, und das ist schon ein richtiger Hammer:

Konversionsstörung: Körperliche Symptome, die durch einen psychischen Konflikt verursacht und unbewusst umgewandelt werden und als Folge den Symptomen einer neurologischen Störung ähneln.

Was heißt das? Der Patient hat körperliche Beschwerden. Der Arzt glaubt (!), die Beschwerden seien das Resultat einer Konversion (Umwandlung) von psychischen Problemen in körperliche Beschwerden. Der Arzt vermutet (!) eine metaphorische Bedeutung der Symptome (Krankheit als Symbol). Der Arzt stellt eine Glaubens-Diagnose. Solche Diagnose-Vermutungen lassen sich allerdings, wie die Diplomaten sagen, weder bestätigen noch ausschließen. Oft wird die Diagnose einer Konversionsstörung mit einer anderen psychosomatischen Diagnose, der psychogenen Schmerzstörung, gepaart. Dazu möchte ich hier ein Beispiel anführen. Es handelt sich um einen Abschnitt aus einem Fachbuch zum Thema Schmerz und Psychosomatik. Der Psychologe schildert und kommentiert folgenden Fall:

Die 42-jährige Frau eines Geschichtslehrers leidet an Dauerschmerzen links in der ganzen Körperseite, sie beschreibt sie mit den Worten: „Migräne, Neuralgie links am Kopf hinauf bis zum Scheitel, im linken Gesicht bis zum Nasenansatz, im Jochbein, in der linken Braue“, und sie betont: „Wie bei einer Verkrampfung.“ Druckpunkte seien vorhanden und ein Brennen, das nach dem Essen zunehme. Die linke Schulter und die Halsmuskulatur seien verkrampft, sie leide an Müdigkeit, besonders morgens. Sie sei nicht mehr gesund seit der zweiten Schwangerschaft, die mit einer Totgeburt geendet habe. Ihr Kinderwunsch sei immer noch intensiv. Während der ersten Schwangerschaft habe sie an Ischias gelitten, vor zwei Jahren habe

sie sich einer Gallenblasenoperation unterzogen. Sie habe mehrere Kieferhöhlenentzündungen durchgemacht.

Kommentar des Psychologen: Sie bemerken hier, dass die Symptome pathologisch-anatomischen Erwartungen nicht entsprechen. Die Sprache ist von Jargon durchsetzt, und ein Konflikt geht dem Symptombeginn voraus.

Der Psychologe schildert den Fall weiter: Der Vater habe einen Unfall erlitten mit einer Lähmung der linken Seite, Krämpfe seien in der linken Schultergegend aufgetreten. Bei einem zweiten Unfall habe er Rippenbrüche links vorn, oben am Brustkasten erlitten. Während des Gesprächs ist die Stimme zittrig und traurig. Die Lokalisation gibt sie vage an, es liegen keine Abhängigkeiten von bestimmten Verhaltensweisen vor. Sie klagt, eine grüne Witwe zu sein. Der einzige Sohn ist zoologiebegeistert, er kann es lange Zeit bei seinem Aquarium in seinem Zimmer aushalten, die Mutter hat wenig Kontakt zu ihm, der Ehemann sitzt häufig in seinem Büro. Die Beschwerden nehmen anlässlich der Taufe eines Neffen zu. Mit dem Vater hat sie in der Jugend viel Streit gehabt, er war jähzornig und habe ihr einmal, als er von Ischias geplagt gewesen sei, für das spätere Leben gleiche Schmerzen gewünscht. Ihre Beschwerden im Bereich des Halses und der linken Schulter nehmen zu, wenn sie den Vater im Altersheim besucht.

Kommentar des Psychologen: Die Symptome entsprechen also denjenigen des Vaters, mit dem sie eine ambivalente Beziehung verbindet, und sie nehmen in Situationen zu, die mit ihren Konflikten verbunden sind. Die Wahl der Symptome, ihre Lokalisation und der Zeitpunkt ihres Auftretens verstehen sich im Zusammenhang mit der individuellen Wirklichkeit der Patientin. Sie sind positive diagnostische Zeichen und erlauben es, die Schmerzen als **Ausdruck von Konflikten in der Körpersprache** zu deuten.

So eine Interpretation von Patientenbeschwerden scheint mir mindestens strittig und sehr einseitig zu sein. In diesem Fall

besteht ein Grund zur Annahme, dass der Psychologe keine ausreichenden Kenntnisse in der Orthopädie, Vertebrologie und Schmerztherapie hatte. Deswegen waren die Beschwerden der Patientin für ihn ein Buch mit sieben Siegeln.

Krankheit als Symbol

Krankheit als unausgesprochene Botschaft, Krankheit als Mittel zum Zweck, der Körper als ein Sprachrohr der Psyche, Krankheit als Symbol – alle diese Spekulationen sind für mich sehr fragwürdig. Der symbolische Charakter von Beschwerden lässt sich niemals beweisen und bleibt immer hypothetisch. Besonders auf dem Gebiet der Wirbelsäulenerkrankungen wird oft versucht, die vertebrale Schmerzen und andere Beschwerden aus Unwissen zu psychotisieren (psychosomatisieren). Wenn man etwas scherzhaft an das Thema herangeht, kann man so viele Diagnosen stellen, wie man will. Der Fantasie sind hier keine Grenzen gesetzt. Ein klassisches, oft zitiertes Beispiel: Ein Manager hat Nackenschmerzen, Fazit: Eine große Last liegt auf seinen Schultern. Der andere Manager hat Lenden- und Kreuzschmerzen: Die Situation in der Firma geht ihm an die Nieren. Der dritte hat Kopfschmerzen. Die Erklärung liegt auf der Hand: Ihm geht viel zu viel durch den Kopf. Ich könnte das endlos fortsetzen: Ein muslimischer Patient aus der Türkei, in Deutschland lebend, klagt über Rückenschmerzen. Der Arzt versteht nicht, was mit dem Patienten los ist. Er könnte jetzt sagen: Der muslimische Patient lebt in einem christlichen Land. Deswegen hat er ein Kreuz mit dem Kreuz. Oder: Eine Putzfrau klagt über kraftlose und eingeschlafene Hände. Man könnte sagen: Die arme Frau will nicht mehr putzen und deswegen fällt ihr der Putzlappen aus der Hand.



Krankheit als Symbol also. Ich könnte mir noch mehrere von solchen Symptomdeutungen ausdenken. Jeder Laie wird verstehen, dass mit diesen Diagnosen etwas nicht stimmt. Die Diagnose einer Konversionsstörung etwa ist eine reine Spekulationsdiagnose. Sigmund Freud hat die Diagnose einer Konversionsstörung anhand der Analyse eines einzigen Falles aufgebaut. Was würden unsere EBM-Statistiker dazu sagen? Unsere führenden Gesundheitspolitiker und Regierungsberater für medizinische Fragestellungen plädieren dafür, mit dem Patienten mehr zu sprechen. Darunter wird in der Regel verstanden, man müsse dem Patienten erklären, dass er psychische Probleme habe, zu wenig Sex und Sport mache und zu viel Butter esse. Das nennt man dann Sprechende Medizin. Die Forderung: Behandle nicht die Krankheit, sondern den Patienten, ist eine gefährliche und sinnlose Banalität, die oft nur dazu dient, die ärztliche Inkompetenz zu verschleiern. Darunter versteht man dann, mehr im Privatleben der Patienten zu wühlen, mehr über seine Mutter oder den Vater zu sprechen, über seine Ängste, sein

Sexualleben, seine intimsten Angelegenheiten. Die Diagnose einer somatoformen Störung signalisiert lediglich, dass der Arzt die Beschwerden der Patienten nicht erklären kann und er eine psychogene Ursache vermutet. Das kann allerdings an der fachlichen Inkompetenz des Arztes bei einer speziellen Fragestellung liegen (was in der Praxis auch oft zu sehen ist). Dabei sieht sich der Schulmediziner in der Rolle eines Orakels, der aus seiner schulmedizinischen Sicht eine Enddiagnose stellen darf. Das aber hat für den Patienten und für die Gesellschaft verheerende Folgen.

Die Diagnose einer psychogenen Schmerzstörung oder einer Hypochondrie etwa hat zur Folge, dass der Patient in Zukunft lediglich eine psychiatrische Therapie (verbal oder medikamentös) bekommt. Die Behandlung ist nicht effizient und das Problem bleibt weiter bestehen. So kommt man zu dem Begriff eines schmerzgeplagten Deutschlands und zu einer Vielzahl von Patienten mit einer Psychosomatose, einer psychogenen Schmerzstörung oder einem unspezifischen Rückenschmerz.

Ich höre oder lese oft rührende Geschichten über Schmerzpatienten, die eine jahrelange Odyssee von Arzt zu Arzt hinter sich haben, bevor sie dann die Diagnose einer psychosomatischen Erkrankung gestellt bekommen. Besorgt analysiert der Journalist dann, wie schlecht die Ärzte auf dem Gebiet der Psychosomatik qualifiziert sind, und kommt zur absolut falschen Schlussfolgerung, nämlich: mehr an Psychosomatose denken, mehr die Krankheit als Symbol betrachten. Für den Journalisten ist diese rührende Geschichte abgeschlossen, die Diagnose steht und er hat sein Auditorium gefunden. Für mich bleiben aber viele Fragen offen. Die Diagnose einer Psychosomatose (ob richtig oder falsch) steht zwar, dem Patienten geht es aber weiterhin genauso schlecht wie vor dieser Diagnosestellung. Die Diagnosestellung hat gar nichts bewirkt, außer dass der Patient jetzt weiß, dass seine Beschwerden einen symbolischen Charakter haben. Sie

sind aber nach wie vor da. Und sie werden durch keine Psychotherapie weggehen. Das weiß ich aus meiner Erfahrung. Deswegen sollte man dieses ewige Thema – zum Glück hat man eine richtige Diagnose gestellt, alles ist psychosomatisch – endlich loslassen. Das bringt den Patienten nicht weiter und ist in der Regel medizinisch falsch. Bei psychisch labilen Schmerzpatienten kann es dann in der Tat dazu kommen, dass sie am Ende wirklich glauben, psychisch krank zu sein. Die anderen aber verlassen empört das Sprechzimmer des Arztes.

Oft wird die Diagnose einer psychogenen Schmerzstörung von Kollegen gestellt, die einfach nicht genug qualifiziert in der Diagnostik und Therapie der häufigsten Schmerzsyndrome sind und die Schmerzsymptomatik auch nicht strukturieren können. Außerdem werden nicht nur solche Kenntnisse wie chinesische Philosophie und Weltanschauung, medizinische Astrologie und Akupunktur, die, wie ich glaube, oft die führende Rolle in der Dechiffrierung von Patientenproblemen spielen, sondern auch konventionelle schulmedizinische Kenntnisse einfach ignoriert. Die Allgemeinärzte, aber auch manche Orthopäden, sollten lernen, die schmerzhaften Beschwerden besser zu strukturieren. Sonst bleibt für sie ein Patient mit multiplen Schmerzen einfach ein Patient, dem alles wehtut, eben ein Psychosomatiker. Man muss wirklich ein Experte in vielen Bereichen sein, Psychiatrie, Orthopädie, Allgemeinmedizin, Manualmedizin und TCM, um die Diagnose einer psychogenen Schmerzstörung stellen zu können.

Und wann soll der praktizierende Arzt den Patienten zu einem Psychologen/Psychiater überweisen? Wenn der Arzt die Fragen des Patienten nicht mehr beantworten kann, meinte im Jahr 1988 bitterernst ein Psychologe. Und er hat sein Auditorium wohl gefunden. 20 Jahre später denkt man noch genauso. Was also einigen Ärzten unklar ist, heißt dann Psychosomatose, mit allen Konsequenzen für den Betroffenen und für die Gesellschaft. Für die Gesellschaft, weil die Behandlung eines solchen

angeblich psychisch kranken Patienten sehr kostspielig ist. Ein Behandlungstag in einer psychosomatischen Klinik kostet mehrere Hundert Euro. Die Therapiedauer beträgt mehrere Monate. Eine Behandlung beim Psychologen oder beim Psychotherapeuten ist oft genauso wenig zufriedenstellend wie teuer. Dabei werden Patienten mit einem akuten Herzinfarkt aus einer Akutklinik wegen des finanziellen Drucks nach einer notdürftigen Versorgung nach ein paar Tagen vor die Tür gesetzt. Blutige Entlassung, so heißt es mit ärztlichem Galgenhumor. Wo ist denn da die Logik?

Wenn man genau hinschaut, wie viel Psychologen und Psychiater in unserem Leben entscheiden, kann es einem mulmig werden. Sie entscheiden, ob ein Serienvergewaltiger wieder frei herumlaufen darf, sie stellen fest, wer körperlich und wer psychisch oder psychosomatisch krank ist. Die Behandlung vieler, vor allem chronisch schmerzhafter Erkrankungen richtet sich nach ihren Empfehlungen – mit allen Konsequenzen. Die Auswirkung falscher psychologischer Annahmen ist verheerend. Wie oft war es schon der Fall, dass ein Sexualtriebter in Freiheit wieder rückfällig geworden ist? Aber hundertmal häufiger hat man einen Patienten falsch behandelt, weil der Psychologe von einem psychischen Problem ausgegangen ist.

Wenn der Patient zum Arzt kommt und sagt: „Herr (Frau) Doktor, Sie sind meine letzte Hoffnung, helfen Sie mir bitte“, eigentlich eine nette Art, mit dem Arzt ins Gespräch zu kommen, wie ich finde, wird das in jedem psychosomatischen Handbuch als Zeichen dafür betrachtet, dass der Patient den Arzt unter Druck zu setzen versucht. Die Ärzte, die einem Patienten mit den zu ihrer Verfügung stehenden Mitteln helfen wollen, was zwar leider nicht immer klappt, aber immer angestrebt werden sollte, haben die zynische Bezeichnung „Ärzte mit Helfersyndrom“ bekommen. Als wäre es eine Dummheit, Besserwisseri oder ein auffälliges Verhalten, einem Patienten helfen zu wollen. Ich denke, das sollte

eigentlich eine Selbstverständlichkeit sein. Dem Patienten, der weiter nach so einem Arzt mit Helfersyndrom sucht, wird sofort unterstellt, dass er Ärztehopping oder Ärzteshopping betreibt. Daraus leitet man weiter ab, dass die Doppeluntersuchungen unterbunden werden sollen. Weil wir ja sparen müssen, deshalb auch die totale Kontrolle durch die elektronische Gesundheitskarte – was für eine Milchmädchenrechnung!

In der Regel sucht der betroffene Patient einfach weiter nach medizinischer Hilfe und gibt die Hoffnung nicht auf, was eigentlich ein Zeichen seiner Stärke ist. Und dann will man aus so einem noch psychisch gesunden Patienten einen Psycho-Chroniker machen. Sind solche Vorstellungen der psychosomatischen Medizin nicht selbst krankhaft? Das aber ist unsere Realität. Ich höre immer wieder, wie Patienten veräppelt und für dumm verkauft werden. Man sagt, der Patient müsse über die psychogene Genese seiner Beschwerden aufgeklärt werden. In vielen Fällen, besonders in Schmerzfällen bei Wirbelsäulenerkrankungen, wenn die Diagnose apparativ nicht erfasst werden kann, muss in erster Linie der Arzt aufgeklärt werden. Das ist der Alltag der deutschen Psychosomatik.

Einfach – das ist nicht das Gleiche, sondern das Gegenteil von primitiv

Vor Kurzem behandelte ich einen 39-jährigen schmerzgeplagten Rückenpatienten. Dieser Patient hat das ganze Rückenprogramm durchgemacht und nichts ausgelassen. Begonnen haben seine Rückenschmerzen im Alter von 12 Jahren. Er lebte auf dem Land, musste seinen Eltern viel auf dem Landgut helfen – heben, schleppen, tragen. Seine Rückenschmerzen behandelten die Ärzte mit der Empfehlung, mehr Sport zu machen. Er folgte ihren Ratschlägen. Besser ist es aber nicht geworden, eher viel

schlechter. Es folgten eine physiotherapeutische Behandlung, bestehend aus Einrenkungen der Wirbelsäule, Fango, heißen Bädern, Elektrotherapie, in der Folge zuerst einfache, dann CT-gesteuerte Infiltrationen mit Kortisonzusatz, die so schmerzhaft waren, dass der Patient sie als Folter empfand.



Weiter ging es mit einer mikrochirurgischen Laserbehandlung der Bandscheiben, die genauso schmerzhaft war, dann zwei offene Bandscheibenoperationen. Es wurde nichts ausgelassen, inklusive Akupunktur, die leider auch erfolglos blieb. Besser wurde es nicht. Die Therapien wurden als Monotherapien, nicht optimal und chaotisch durchgeführt und blieben logischerweise ohne Erfolg. Dabei wurde dieser Privatpatient in einem nicht unerheblichen Maße medizinisch überversorgt. Der Patient wurde zuletzt bei stärksten Wirbelsäulenschmerzen von einem Schmerztherapeuten auf ein Morphinpräparat eingestellt. Der Schmerz konnte zuerst unterdrückt werden. Dann aber wurde er wieder schlimmer, die Dosis des Opiats musste erhöht werden.

Es kam zu Nebenwirkungen des Medikaments, die Schmerzen ließen sich aber nicht mehr unterdrücken.

Dieser Patient war für mich eine Herausforderung. Ich habe ihn in einem physisch und psychisch katastrophalen Zustand übernommen, alle konservativen und operativen Therapien inklusive Morphinum waren erfolglos geblieben. Ich behandelte natürlich schon früher und mehrmals Patienten mit ähnlich ausgeprägten Krankheitsbildern, er war allerdings mit seinen 39 Jahren und seinem zerstörten Gesundheitszustand einer der schwierigsten Fälle in meiner Praxis. Als ich diesen Patienten kennenlernte und als er mir von seinem Leidensweg berichtete, hatte ich das Gefühl, dass er mir aus der Seele spricht. Denn alles, was er mir erzählte, habe ich in meinen Büchern zur Sprache gebracht. Alle Therapien, die ich für sinnlos und gefährlich halte, haben diesem Patienten keinen Erfolg gebracht. Sinnvolle Therapien wie Akupunktur wurden nicht optimal durchgeführt und blieben deswegen auch ohne Erfolg. Es kam niemals zu einem therapeutischen Einsatz, bei dem die Zusammensetzung der Therapien so abgestimmt wurde, dass eine Therapie die andere verstärkt, sanft und schmerzfrei angewendet wird. Die Akupunktur beispielsweise wurde so durchgeführt, dass der Akupunkturarzt die Nadeln sehr stark stimulierte (was normalerweise keinen Sinn hat) und somit auch die Akupunkturbehandlung zur Folter machte.

Ich unterhielt mich mit diesem Patienten nicht auf der Basis Arzt und Patient, sondern wir unterhielten uns wie zwei Kollegen, denn er war mit den Jahren fast zum Fachmann für Rückenleiden geworden. Jede einzelne Erfahrung musste er leider an seinem eigenen Leib erleben. Meine Kombinationsbehandlung aus Medikamenten, Akupunktur, therapeutischer Lokalanästhesie, Krankengymnastik und Psychotherapie war erfolgreich. Nach 20 Therapiesitzungen gab es keine Notwendigkeit mehr, das Opiat zu nehmen, der Patient war auch ohne jegliche anderen

Tabletten praktisch beschwerdefrei. Die Beschwerdefreiheit besteht auch momentan, 4 Monate nach Therapie. Mein Patient eröffnete ein Restaurant, arbeitet daher 14 Stunden am Tag. Er war am Ende der Therapie im positiven Sinne sehr überrascht und sagte, dass er sich niemals vorstellen konnte, dass sich seine Beschwerden so verhältnismäßig einfach behandeln lassen würden.

Ich musste ihn leicht korrigieren und sagen, dass diese Einfachheit das Ergebnis meiner mehrjährigen Erfahrung bei Tausenden von Patienten mit ähnlichen Beschwerden sei, wobei die richtigen Entscheidungen in der Auswahl, in der Kombination und in der Durchführung der Therapien fast automatisch getroffen würden. So halb automatisch und scheinbar einfach gewinnt der Schachgroßmeister sein Großmeisterturnier, der Formel-1-Pilot überlistet seine starke Konkurrenz und der Boxweltmeister schlägt in der ersten Runde seinen erfahrenen und gefährlichen Gegner k. o. Aber ich kann diesen Patienten verstehen. Auch ich wundere mich in der Tat immer wieder, wie einfach und verhältnismäßig schnell sich die meisten vertebrale bedingten Symptome behandeln lassen, wie behandlungsfreundlich die Volkskrankheit Rückenschmerz in der überwiegenden Zahl der Fälle ist. Der Patient, der seit Monaten und Jahren nicht wusste, was er mit seinen Schmerzen machen sollte, der völlig verzweifelt war, der dachte, dass er nie mehr gesund sein würde, wird nach einfachster Instruierung und einfachen Therapien innerhalb von einigen Wochen völlig beschwerdefrei. Und das ohne Operation, ohne teure Therapien. Es ist eine dankbare Arbeit, solche Patienten ärztlich zu versorgen – wenn alles optimal durchgeführt wird und der Arzt über spezielle Kenntnisse und Erfahrungen auf diesem Gebiet verfügt. Sonst kommt dabei nichts heraus außer Unzufriedenheit und Ärger. Ich bin davon überzeugt: Man kann durch die Veranlassung von einfachsten Maßnahmen wie die adäquate (!) Aufklärung der breiten Bevöl-

kerungsschichten und adäquate (!) Instruierung und Schulung der Ärzte innerhalb der kürzesten Zeit Milliarden Euro von Steuergeldern sparen. Und nicht dadurch, dass man dem Patienten die medizinische Hilfe verweigert, sondern dadurch, dass der Patient keine weitere Hilfe mehr braucht.

Wie kann man Deutschland wieder konkurrenzfähig machen?

Die westliche Gesellschaft im Ganzen und Deutschland im Besonderen stehen unter starkem Druck. Die Konkurrenz in Asien und Osteuropa ist stark geworden und wird noch stärker werden. Wenn die deutsche Gesellschaft sich auf einen Konkurrenzkampf einlässt (eine andere Möglichkeit gibt es nicht), muss dieses Land effizienter arbeiten und wirtschaften. Zunächst sollte gewährleistet sein, dass man vernünftige Lehrer ausbildet, die die Kinder fördern und nicht schikanieren. Engagierte Hochschullehrer müssen den Staffeln übernehmen. Die berufliche Entwicklung eines Spezialisten muss sinnvoll organisiert werden. Nur dann kann man Erfolge erwarten.

Doch wie sieht die Realität aus? Durch die unübersichtliche Förderung wird einem Schulkind und weiter einem Studenten jegliches Engagement geraubt. Die Kinder sind nicht selten psychisch kranken Lehrern und weiter desinteressierten Hochschullehrern ausgesetzt. Dann kommen sie in Berührung mit Politikern, die ignorant sind. Wie sagte einmal ein kluger Mann: „Zuerst lernt das Kind gehen und sprechen, dann still zu sitzen und den Mund zu halten.“ Man lernt in der Schule und an der Uni alles, aber nicht das, was man im realen Leben braucht. Die Effizienz und Anwendbarkeit der erworbenen Kenntnisse sind sehr gering. Wenn wir dieses Problem auf die Ärzteschaft übertragen, werden wir feststellen, dass mit den menschlichen Ressourcen

verschwenderisch umgegangen wird. Der Allgemeinmediziner, der elf Jahre seines Lebens in seine Qualifikation – sechs Jahre Studium und fünf Jahre Weiterbildung – investiert hat, arbeitet nun plötzlich als Lotse, er überwacht, dokumentiert, kontrolliert, er macht alles – außer therapieren. Es wird von ihm gar nicht mehr verlangt, dass er dem Patienten hilft. Er soll nur wissen, wohin er die Kranken schicken muss und wie man die elektronische Gesundheitskarte bedient. Ich finde das erschreckend. Aber genau diese Funktion wurde dem Allgemeinarzt von den Gesundheitspolitikern jetzt zugeteilt. Wie kann man mit einer solchen Arbeitsverteilung im Gesundheitswesen die Bevölkerung gesund halten und die öffentlichen Kassen schonen? Das ist nichts anderes als offensichtliche Geldverschwendung. Der Heilpraktiker ist oftmals effizienter und kann Patienten besser von ihren Beschwerden befreien als ein Allgemeinarzt.



Die Asiaten dagegen sind wesentlich pragmatischer orientiert. Sie haben klare Ziele und Vorstellungen und gewinnen deswegen immer mehr an Stärke. Deshalb darf man nicht die komplizierten

Dinge vereinfachen und das Einfache nicht komplizierter machen. Man muss die Dinge beim Namen nennen und eine offene, freie Diskussion führen, über Medizin, Schul- und Hochschulbildung, Wissenschaft, Pseudowissenschaft, Forschung und die Kontrolle der Bürger über die Politik. Für die Mitglieder der Gesellschaft muss die medizinische Versorgung nachvollziehbar und gut organisiert werden. Dabei sollte die Gesellschaft vom Ballast der unfähigen Berater und Wissenschaftler und anderer „Bullshitter“, inklusive der vielen, mit einem Professorentitel geschmückten Meinungsbildner aus dem medizinischen Bereich befreit werden. Die Ärzte und Medizinstudenten müssen sich häufiger zu Wort melden und der Gesellschaft die Art und Weise dieser Leute erklären. Da es sich um wirklich krasse Absurditäten handelt, wird es jedem verständlich sein, worum es geht. Dann wird die Bereitschaft von so manchen Spezialisten, ihren Unsinn durch Leitlinien und EBM weiter zu verbreiten, zumindest reduziert, und sie werden für die Allgemeinheit nicht mehr so gefährlich und kostspielig sein.

Früher, noch vor 20 Jahren, war eine Expertenmeinung hoch geschätzt. Der Fachmann eines Medizingebiets genoss großen Respekt. Zurzeit wird die Expertenmeinung als eine eminenzbasierte Meinung verspottet und verachtet. Nur die evidencebasierte Meinung zählt, das propagiert man überall. Heutzutage kann sich jeder zum Experten erklären, ohne eigene praktische Erfahrungen in der Materie zu haben, ohne auf diesem Gebiet Fachmann zu sein. Er reicht, wenn man die Aktenlage (Studien) kennt. Dabei werden die grundlegenden Behandlungsstrategien vom Hörensagen und nach Aktenlage am Schreibtisch ausgearbeitet. Und das Schlimmste ist: Die medizinische Welt akzeptiert diese erschreckende Sachlage ohne Proteste und sogar mit Begeisterung. Es ist schlimm genug, wenn man die Expertenmeinung eines Fachmanns verachtet, noch schlimmer, wenn man den Empfehlungen EBM-begeisterter Professoren folgt.

Jeder Euro, der ausgegeben wird, muss sinnvoll investiert werden. Ganz offensichtlich unfähige Leute müssen aus ihren Ämtern entlassen werden, Verantwortliche müssen zur Rechenschaft gezogen werden und die Konsequenzen tragen. Die Unanständigkeit der Gesundheitspolitiker und ihrer Berater sowie der führenden medizinischen Meinungsbildner bei falschen Entscheidungen geht viel zu weit. Und man darf auch einen anderen Aspekt nicht vergessen: Wenn die Politik schlecht, verbrecherisch und kopflos handelt, dann gibt sie den Extremisten, sowohl im rechten als auch im linken Lager, alle Trümpfe in die Hand. Die braunen und roten Rattenfänger werden dann auf Stimmenfang gehen. Und sie bekommen die Stimmen von enttäuschten Menschen, und das hat eine fatale Auswirkung auf die gesamte Gesellschaft. Deswegen müssen die Bürger wach bleiben und nicht die Rechts- und Linksradikalen bekämpfen, sondern auch die herrschenden Politiker der Mitte zur Ordnung rufen. Denn unfähige Politiker, die unkontrolliert verheerende, falsche und kostspielige Entscheidungen treffen, stellen für die Gesellschaft eine Gefahr dar, die wesentlich größer ist als die Gefahr, die von Randgruppen ausgeht. Deshalb ist es die Pflicht der Bürger, nicht nur gegen den Extremismus zu protestieren, sondern eine bessere Kontrolle über die politische Mitte auszuüben. Fazit: Man sollte überlegen, ob die Führungskräfte in der Politik nicht direkt durch Bürgerentscheid gewählt werden sollten. Es müssen gesellschaftlich bekannte, bewährte, erfahrene und integre Persönlichkeiten kandidieren. Das Bürgertum soll entscheiden, wen es durch eine Direktwahl damit beauftragen will, für sich zu arbeiten. Bezahlen muss man diese Leute mehr als gut. Im Endeffekt wird es trotzdem für alle viel billiger. Das Bürgertum darf die Verwaltung seines Geldes und seines Wohlstandes nicht dem Zufall überlassen. Das ist das Fundament der Demokratie und einer gesunden Gesellschaft. Wenn man sich darum nicht kümmert, kommt es zu Problemen. Und

es geht nicht nur darum, dass Otto Normalverbraucher weniger Geld haben wird oder schlechter behandelt wird. Es geht darum, dass durch unfähige Politiker auch die demokratische Gesellschaftsentwicklung ernsthaft gefährdet ist.

Schlusswort

Wie kam es dazu, dass die Situation in unserem Gesundheitssystem so verfahren wurde? Wo liegen die Wurzeln der Misere? Ich glaube, dass das Szenario, das zur gegebenen Situation geführt hat, ungefähr so dargestellt werden kann: Jahrelang dachte man, hat gesetzlich deklariert und war in der Lage, jedem deutschen Patienten (auch dem Kassenpatienten) die besten Errungenschaften der Medizin zur Verfügung zu stellen. Alles, was medizinisch nützlich war, wurde in die Tat umgesetzt. Für die Anbieter im medizinischen Sektor war das ein richtiges Eldorado. Um ein Medikament oder eine Therapie der Gesellschaft zu verkaufen, musste der Anbieter dieser Leistung lediglich beweisen, dass jenes Produkt einen medizinischen Nutzen hat. Der Käufer – also die Gesellschaft – war zahlungswillig und vor allem zahlungsfähig. Um den medizinischen Nutzen lückenlos zu beweisen, entwickelten die Anbieter dafür ein Instrument wie die Evidence Based Medicine. Alles, was wissenschaftlich bewiesen medizinisch nützlich ist, wurde von der Gesellschaft bezahlt.

Dieser Modus hat sich festgesetzt, man hat sich daran gewöhnt. Die Anbieter rechneten jahrelang fest damit, dass sie ihre Investitionen automatisch zurückbekommen. Sie setzten die Kassen mit ihren Produkten, und das sind nicht nur Medikamente, sondern auch therapeutische, diagnostische und pflegerische Maßnahmen, immer mehr unter Druck und boten immer neue „gute Sachen“ an. Die Situation hat sich aber mit der Zeit geändert. Die Gesellschaft wurde älter und kränker und sie wurde auch ärmer. Die Entwicklung der Medizin ging voran und die Therapien und die Diagnostik wurden gleichzeitig teurer. Die Gesellschaft wurde zahlungsunfähig. Man erklärt aber nach wie vor, dass jeder Bürger medizinisch immer das Beste und alles Mögliche bekommt, das ihm hilft.

Es ist verständlich, dass die Kassen, die unter starkem finanziellen Druck stehen, ein Instrument entwickeln mussten, das gegenläufig wirkt. Also: Wenn sie eine Leistung nicht bezahlen wollen, lassen sie beweisen, dass diese Leistung nicht hilft. Als Wunderwaffe bedienen sich die Krankenkassen der Evidence Based Medicine. Doch während private Firmen für die erwünschten Daten und erwünschten Schlussfolgerungen mit ihrem eigenen Geld bezahlen, zahlen die Kassen dafür mit Steuergeldern. Man hat solche Institutionen wie den „Gemeinsamen Bundesausschuss“ und das „Institut für Qualität und Wissenschaftlichkeit in der Medizin“ ins Leben gerufen, finanziert von den Bürgern selbst, versteht sich. Die Hauptfunktion dieser Organe ist das Sparen. Aber kann man wirklich auf diese Art und Weise sparen? Oder kostet das nur zusätzlich Geld? Spart man vielleicht am falschen Ende? Nun etabliert man noch die milliardenschwere E-Karte als eine Sparmaßnahme. Macht weiter nutzlose Chronikerprogramme. Die ambulante Betreuung durch Hausärzte wird absolut unsinnig organisiert, wobei der Patient ohne Notwendigkeit von Pontius zu Pilatus geschickt wird. Den ambulant tätigen Fachärzten für Allgemeinmedizin und Innere Medizin (Stich(un)wort Hausärzte) wurde die Qualifikation aberkannt. Sie dürfen nicht mehr untersuchen und behandeln. Bei Verstoß droht Regress wegen Unwirtschaftlichkeit. Sie dürfen nur koordinieren, lotsen, trösten, Geschichten über ein gesundheitsorientiertes Leben erzählen und Hausbesuche machen. Wie soll das funktionieren?

Bei diesen verlogenen Spielregeln sind Sparen und der Aufbau einer vernünftigen Organisation nicht möglich. Wahrheitsfindung und Problemlösungen haben in einer Atmosphäre der Absurdität keine Chance. Der springende Punkt ist: Finanziell ist die optimale medizinische Betreuung nicht mehr möglich. Am Geld mangelt es allerdings nicht nur, weil die Bürger immer länger leben und die Medizin sich immer weiter entwickelt.

Nicht zuletzt liegt es auch daran, dass die vorhandenen Gelder katastrophal verwaltet werden. Anstatt mit den vorhandenen Finanzmitteln umsichtig umzugehen, werfen die Zuständigen die Gelder zum Fenster hinaus, finanzieren mit diesem letzten Geld kostspielige Projekte, wie zum Beispiel die E-Karte, erhalten fast 300 Krankenkassen am Leben und anderes. Das System der ambulanten Patientenbetreuung muss gründlich überarbeitet werden. Dabei sind zwei Modelle vorstellbar: staatlich geführte Polikliniken mit angestellten Ärzten (eine Art Staatsmedizin) oder ein altes, allerdings generalüberholtes Modell der selbstständigen niedergelassenen Ärzte (freiberufliches Modell). Die Polikliniken, also die Staatsmedizin, sind in meinen Augen auch eine mögliche Lösung. Wenn es städtische Krankenhäuser gibt, in denen die Ärzte als Angestellte mit festem Gehalt und ohne Geschäftsrisiko arbeiten, warum kann man nicht das Gleiche im ambulanten Bereich organisieren? Was wäre Schlimmes dabei? Diese Option wird mit Sicherheit nicht jedem gefallen, aber sie ist zumindest nicht absurd und sie ist nachvollziehbar. Die Spielregeln sind klar definiert und nicht so irreführend wie im Falle eines Freiberuflers, der gar nicht mehr frei ist. Finanziell ist der Freiberufler oft schlechter gestellt als ein Arzt, der für den Staat arbeitet.

Ich kann nicht beurteilen, was für die Allgemeinheit in letzter Konsequenz besser ist: die staatlich geführten Polikliniken oder die Praxen der niedergelassenen, freiberuflich tätigen Ärzte. Beides hat positive und negative Seiten. Aber womöglich kann man beide Möglichkeiten sogar kombinieren?

Ein zentrales Thema wird allerdings immer die gerechte Leistungsverteilung bleiben. Es ist immens schwierig, ein Konzept auszuarbeiten, das klärt, welchem Patienten welche Leistungen zur Verfügung gestellt werden müssen. Es sind sehr delikate ethische Fragen, die dabei berücksichtigt werden müssen. Klar ist nur, dass es schon heute unmöglich ist, jedem das Beste zur Verfügung zu stellen.

Es gibt allerdings Umstände, die ohne jeden Zweifel und ganz einfach und sofort verbessert werden können. Es gibt genug Möglichkeiten, das Gesundheits(un)wesen schon heute zu klären, sauber und nachvollziehbar neu zu strukturieren. Was sollte aus meiner Sicht gemacht werden?

1. Die Gesundheitspolitiker sollen aufhören, die Ärzte und Patienten zu belügen und wie kleine Kinder zu behandeln. Sie stellen die Ärzteschaft regelmäßig vor vollendete Tatsachen, als wären sie nicht die Ärzte, die Patienten behandeln, sondern Roboter, die jederzeit umprogrammiert werden können. Diese Situation ist für Ärzte unerträglich. Deswegen verließen innerhalb der letzten sechs Jahre 12 000 Ärzte die Bundesrepublik.
2. Das Heranziehen und die Zugrundelegung der pseudowissenschaftlichen Daten in Form einer sogenannten Evidence Based Medicine will ich energisch infrage stellen und als eine direkte Desinformation der Ärzte bezeichnen.
3. Die Gesundheitspolitik hat sich als Messlatte für ihre Effizienz lediglich ein Instrument ausgewählt: die Höhe des gesparten Geldes jeweils im Vergleich zum Vorjahr. Das ist völlig inakzeptabel. Immense Geldsummen im Gesundheitswesen werden laienhaft und ineffizient verwaltet. Am Ende arbeiten die Ärzte oft unentgeltlich, um eine noch größere Unterversorgung der Patienten zu vermeiden. Man muss Ordnung und Logik in der Arbeitsorganisation zurückgewinnen. Absurditäten müssen bekämpft und die Schuldigen aus ihren Ämtern entlassen werden.
4. Der sogenannte Wettbewerb der Krankenkassen kostet die Allgemeinheit Milliarden von Euro und ist somit teurer als alle Doppeluntersuchungen zusammen. Dieser Wettbewerb auf Kosten der Allgemeinheit soll beendet werden. Das Projekt einer elektronischen Krankenakte wurde von der

Gesundheitspolitik hinter geschlossenen Türen ausgearbeitet und soll eventuell noch mal revidiert werden, bevor es zu spät ist.

5. Der Appell des Gesetzgebers, die Patienten optimal zu behandeln und gleichzeitig wirtschaftlich und sparsam zu handeln, was sich gegenseitig ausschließt, ist zermürbend, von orwellischem *Zweidenk* und *Neusprech* kaum zu unterscheiden und muss beseitigt werden.
7. Die Selektion und die Ausbildung der Medizinstudenten sollte verbessert werden. Der Weg durch das Medizinstudium und die ärztlichen Weiterbildungen sind nicht nur schwierig und schlecht dotiert, die Aussichten auf eine standesgemäße Existenz und eine Belohnung für den kraftraubenden mehrjährigen Einsatz werden immer schlechter. Das führt zur Frustration junger Ärzte und zum vorzeitigen Ausscheiden aus dem Berufsleben, was aktuell in erschreckendem Maße zunimmt.
8. Die Situation, in der ein niedergelassener Arzt in die Rolle des Angestellten der Krankenkassen mit entsprechend spärlicher Bezahlung, allerdings bei vollem Geschäftsrisiko eines Unternehmers, gezwungen wird, ist nicht tragbar und muss geändert werden. Entweder sollen die ambulanten Ärzte für ein entsprechend gutes Festgehalt ohne Geschäftsrisiko arbeiten, oder sie müssen als Unternehmer in ihren Entscheidungen frei sein und entsprechend ihrem Geschäftsrisiko und vollem Einsatz honoriert werden.

Jetzt zur Entspannung: Eine Eigenschaft ist typisch für den deutschen Fußball. Die Mannschaft spielt so mittelmäßig, als würden die Spieler das Spiel noch spannender machen wollen, um den deutschen Zuschauern richtig Angst einzujagen. Oder sie spielen so schlecht, als wollten sie unbedingt verlieren. Die ganze Republik zittert vor dem Fernseher. Als Höhepunkt des

Dramas machen die Spieler das Unmögliche wahr, sie drehen den Spieß um und gewinnen doch noch das Spiel. Danach sind alle erschöpft, aber glücklich.

Das deutsche Gesundheitswesen hat diesen ersten Schritt schon gemacht, es spielt nicht nur mittelmäßig, es spielt schlecht. Es ist jetzt für alle Beteiligten spannend geworden, fast bis an die Grenze von Angst und Verzweiflung. Bald schon wird die ganze Welt die deutsche Medizin verlachen, wie schon die englische Medizin und früher die sowjetische Medizin verlacht wurden. Die Zeit ist gekommen, der Höhepunkt der Farce ist erreicht. Die Situation ist beängstigend und lustig zugleich. Jetzt müsste der zweite Teil beginnen: Das Unmögliche müsste wahr, ein Weg aus der Sackgasse gefunden werden. Das Spiel müsste sich jetzt wenden und aus allen Beteiligten Gewinner machen. Machbar ist es schon. Davon bin ich überzeugt.

Düsseldorf im Dezember 2006

Eugen Judin

