Samstag, 23. Mai 2020, 15:57 Uhr
~5 Minuten Lesezeit

Gefährlicher Aktionismus

Für manche Ärzte ist eine schlechte Therapie besser als gar keine. Exklusivabdruck aus „Der betrogene Patient“.

von Gerd Reuther
Foto: Bacho/Shutterstock.com

Es gibt medizinische Unterversorgung, es gibt unzureichende und fehlgeschlagene Therapien. Eine

Variante ärztlichen Fehlverhaltens wird dabei wenig beachtet: Überversorgung. Unnötige und dabei teure und quälende Therapien. Manchmal sogar Behandlungen, die mehr Schaden anrichten als es die ursprünglichen Symptome je hätten tun können. Das Fatale an unserem profitgetriebenen Gesundheitswesen ist: Solche Fehlleistungen rühren nicht nur von individuellem Versagen mancher Ärzte — sie liegen in der Logik unseres profitgetriebenen Systems. Während Ärzte und Krankenhäuser sich an falschen und übertriebenen Therapien bereichern können und dabei für sich selbst kaum Risiken eingehen müssen, haben Krankenkassen den finanziellen, Patienten oft den gesundheitlichen Schaden.

Im Leben bestehen immer zwei Möglichkeiten: Man handelt oder man handelt nicht. Für Mediziner heißt dies: behandeln oder den Spontanverlauf beobachten. Gilt es einen bedrohlichen Krankheitsverlauf abzuwenden oder besteht ein selbstheilender Prozess? Leitlinien und Lehrbücher der Medizin strotzen vor Handlungsanweisungen — was weitgehend fehlt, sind Empfehlungen zum Unterlassen, Reduzieren oder Beenden von Therapien. Die meisten Erkrankungen sind zwar unheilbar beziehungsweise nicht nachhaltig zu beeinflussen, trotzdem wird behandelt — mehr denn je. In Deutschland sind es etwa zwölf Behandlungen pro Kopf und Jahr vom Neugeborenen bis zum Greis (1), keine zwei davon mit Evidenz der Wirksamkeit. Ambulante Behandlungen haben in den letzten zehn Jahren um ein Viertel zugenommen (2), Operationen um ein Drittel — die Hälfte bei über 65-Jährigen mit erhöhtem Risikoprofil (3).

Haben Sie auch festgestellt, dass es kaum möglich ist, eine Arztpraxis zu verlassen, ohne dass Ihnen wenigstens ein Kontrolltermin im nächsten Quartal nahegelegt wird? Aktivität mehrt den Umsatz, erhöht die Publicity und wird von der Mehrzahl der Kranken erwartet. Einem Arzt, der zum Abwarten rät, trauen die meisten Patienten nicht. Ärzte empfehlen Therapien, wie Bankberater zu Geldanlagen raten — in beiden Fällen ist der Erfolg der Dienstleistung unabhängig von der Bezahlung. Wie bei lukrativen Geldanlagen droht der Totalverlust: In der Nebenwirkung „Grad 5“ verbirgt sich der therapiebedingte Tod.

Mit der Einführung von Fallpauschalen hat sich in deutschen Kliniken nichts am Aktionismus geändert: Bei fixer Geldsumme für einen Fall werden mehr Fälle — gerne bei denselben Patienten — behandelt. 70 Prozent befragter Internisten räumen ein, mehrfach pro Woche mit von Kollegen veranlassten, überflüssigen medizinischen Maßnahmen konfrontiert zu sein, während nur 20 Prozent ein Unterlassen von Maßnahmen beklagen (4).

Kritik an etablierten Behandlungen kommt erst auf, wenn neue, kommerziell interessante Therapiealternativen in den Markt drängen. Das Credo lautet: Eine schlechte Therapie ist besser als keine Behandlung, obwohl mindestens ein Drittel der körperlichen Symptome, mit denen Menschen im Laufe ihres Lebens bei Ärzten Hilfe suchen, vornehmlich oder ausschließlich psychisch bedingt sind und keiner körperlichen Zuwendung bedürfen (5).

Bei orthopädischen Schmerzsyndromen werden sogar bis zu 50 Prozent psychosomatische Ursachen angenommen (6). Nach der Diagnosekodierung liegen die Häufigkeiten für psychogene Erkrankungen aber nur bei 0,8 bis 5,9 Prozent (7).

Gemäß Krankenkassendaten werden 91 Prozent aller Patienten mit sogenannten F4-Diagnosen (Klassifikation der ICD für psychische Erkrankungen) nicht von Psychiatern, sondern von

Allgemeinmedizinern oder Fachärzten der somatischen, also den Körper betreffenden Medizin betreut (8).

Bei jeder Therapie bestehen vier Optionen:

- nur das tun, was nötig ist,
- mehr tun, als nötig wäre („Überversorgung“),
- weniger tun, als nötig wäre („Unterversorgung“),
- etwas ohne Evidenz tun/unterlassen mit Schadenswirkung („Fehlversorgung“).

Im Verhältnis von „Über“- und „Unterversorgung“ sind Untertherapien ausgesprochene Raritäten. Übertherapie ist eines der selten infrage gestellten Dogmen der heutigen Ärzteschaft (9). Kaum ein Fachbereich, der nicht von zu viel Therapie durchzogen wird: Der Blutzucker wird bei Diabetikern in den Bereich Gesunder abgesenkt, ohne Erkrankungen oder Sterblichkeit zu vermindern (10); gutartige Tumoren, die nur bis zu einer bestimmten Größe wachsen, werden ohne Verlaufskontrolle entfernt, obwohl sie vielleicht nie Symptome verursacht hätten.

> ***Die Ausweitung ärztlicher Therapieangebote übersteigt schon seit einigen Jahren die Zunahme der Beschwerden durch das höhere Durchschnittsalter der Bevölkerung. „Fehlversorgungen“ sind mehrheitlich „Überversorgungen“, da Maßnahmen mit schädlichen Auswirkungen ohne gesicherten Nutzen erfolgen.***

Bei jeder Behandlung sollten Aussicht auf Besserung und Risiken der Verschlechterung sorgfältig abgewogen werden. Notfallsituationen ausgenommen, ist eine Behandlung nur bei hohem Nutzen-Risiko-Quotienten angezeigt. Tatsächlich reicht aber schon eine vage Hoffnung als Therapieanlass: Medizinische Leitlinien bewerten Behandlungsoptionen „vorrangig nach dem möglichen Nutzen ohne ausreichende Berücksichtigung des möglichen Schadens

beziehungsweise der Beeinträchtigung der Lebensqualität“ (11). Allenfalls wirkt ein sehr hohes Gesundheitsrisiko behandlungsabschreckend.

In der Frühen Neuzeit, als die Prognose des Kranken noch wichtiger als die Therapie war, suchten Ärzte — schon aus Selbstschutz — Therapieversuche bei unheilbar Kranken zu vermeiden. Heute sind diese Berührungsängste gefallen. Ein inoperables Bauchspeicheldrüsenkarzinom oder ein unheilbares Glioblastom (bösartiger hirneigener Tumor) werden fast immer operativ freigelegt. Die Zeche zahlen nun einmal Patient und Kostenträger, nicht der behandelnde Arzt.

Therapie ist auch an der Tagesordnung, wenn Symptome spontan verschwinden würden und Behandlungen wenig bis nichts am Verlauf ändern. Dies liest sich in einem Übersichtsartikel zu Diagnostik und Therapie der Entzündung des Sehnervs (Optikusneuritis) wie folgt:

„*Die Sehstörung bildet sich in 95 Prozent der Fälle zurück. Die hochdosierte intravenöse Methylprednisolon-Gabe beschleunigt die Besserung, verbessert aber nicht das Endergebnis*“ (12).

Ja, richtig gelesen: „verbessert nicht das Endergebnis“, und zudem sind Cortisonpräparate hinsichtlich ihrer Neben- und Wechselwirkungen nie unbedenklich.

Warum werden sie dann bei einer Optikusneuritis hierzulande obligat verordnet, und wer hat einen Nutzen davon?

(https://www.m-vg.de/riva/shop/article/12332-der-betrogene-patient/)

Quellen und Anmerkungen:

(1) Statistisches Bundesamt, Wiesbaden.
(2) Bundesärztekammer, Ärztestatistik 2015: Medizinischer Versorgungsbedarf steigt schneller als die Zahl der Ärzte; **http://www.bundesaerztekammer.de/ueber-uns/aerztestatistik/aerztestatistik-2015/** (http://www.bundesaerztekammer.de/ueber-uns/aerztestatistik/aerztestatistik-2015/); letzter Zugriff am 08. Juli 2016.
(3) Statistisches Bundesamt, Wiesbaden.
(4) Fölsch, Ulrich R.; Faulbaum Frank; Hasenfuß Gerd: Mitgliederbefragung zu „Klug entscheiden“: Wie Internisten das Problem von Über- und Unterversorgung werten. Deutsches Ärzteblatt 2016; 113(13): B-510–2.
(5) Fink Per et alii: Somatization in primary care. Prevalence, health care utilization, and general practitioner recognition. Psychosomatics 1999; 40(4): 330–8.
(6) Prof. Jürgen Bengel, Universität Freiburg; zitiert nach: Manteuffel, Leonie von: Rehabilitation: Teilhabeorientierter handeln. Deutsches Ärzteblatt 2015; 112(24): B-901–2.
(7) Haller, Heidemarie et alii: Somatoforme Störungen und medizinisch unerklärbare Syndrome in der Primärversorgung. Deutsches Ärzteblatt 2015; 112(16): 279–87.
(8) Wissenschaftliches Institut der AOK (WIdO), Berlin .
(9) Brownlee, Shannan: Overtreated: Why too much medicine is making us sicker and poorer. Bloomsbury, London Sydney Delhi 2007.
(10) UK Prospective Diabetes Study Group: Intensive blood-glucose

control with sulphonylureas or insulin compared with conventional treatment and risk of complications in patients with type 2 diabetes (UKPDS 33). Lancet 1998; 352: 837–53.
(11) Mühlhauser, Ingrid; Meyer, Gabriele: Evidenzbasierte Medizin: Klarstellung und Perspektiven. Deutsches Ärzteblatt 2016; 113(11):B-407–9.
(12) Wilhelm Helmut; Schabet, Martin: Diagnostik und Therapie der Optikusneuritis. Deutsches Ärzteblatt 2015; 112: 616–26.

Dieser Artikel erschien bereits auf www.rubikon.news.

Gerd Reuther ist Facharzt für Radiologie, Medizinaufklärer und Medizinhistoriker. Er hat insgesamt 8 Bücher veröffentlicht.

Dieses Werk ist unter einer **Creative Commons-Lizenz** (**Namensnennung - Nicht kommerziell - Keine Bearbeitungen 4.0 International** (https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.de)) lizenziert. Unter Einhaltung der Lizenzbedingungen dürfen Sie es verbreiten und vervielfältigen.