

Dr. med. Ragnhild
und Jan Schweitzer

Fragen Sie weder Arzt noch Apotheker

Warum Abwarten oft
die beste Medizin ist

Kiepenheuer & Witsch



Verlag Kiepenheuer & Witsch, FSC® N001512

1. Auflage 2017

© 2017, Verlag Kiepenheuer & Witsch, Köln
Alle Rechte vorbehalten. Kein Teil des Werkes darf in irgendeiner Form (durch Fotografie, Mikrofilm oder ein anderes Verfahren) ohne schriftliche Genehmigung des Verlages reproduziert oder unter Verwendung elektronischer Systeme verarbeitet, vervielfältigt oder verbreitet werden.

Umschlaggestaltung: Barbara Thoben, Köln

Umschlagmotiv: © Rüdiger Trebels

Autorenfoto: © Eva Häberle

Gesetzt aus der Minion

Satz: Buch-Werkstatt GmbH, Bad Aibling

Druck und Bindung: CPI books GmbH, Leck

ISBN 978-3-462-04767-7

Vorwort

Es war kein richtiger Schrei, der da aus dem Badezimmer kam, eher ein verschrecktes Rufen. Unser Sohn Paul, damals zehn Jahre alt, stand unter der Dusche, und als wir hereingelaufen kamen, zeigte er entsetzt auf seinen Bauch, rechts, unterhalb vom Nabel. Eine Beule war dort zu erkennen. Schnell war uns klar, was das war – und was es bedeutete. Sie müssen wissen: Wir sind beide Mediziner. Und einen Leistenbruch bekommt man im Studium oft schon früh zu sehen. Man lernt auch früh, was meist zu tun ist: Es muss operiert werden. Wir beruhigten den verunsicherten Paul aber erst mal, sagten ihm so etwas wie »Müssen damit zum Arzt« und »Sehen dann schon«. Von der fälligen Operation und was die für ihn bedeutete, erzählten wir ihm zunächst nichts. Er machte so viel Sport und würde nun wochenlang darauf verzichten müssen, daher brachten wir es einfach nicht übers Herz. Denn in diesem Moment wurde uns klar, dass wir das angerichtet hatten. Ja, genau: Wir Eltern waren schuld an dieser Beule und an all dem, was ihr vorausgegangen war und ihr noch folgen sollte. Wir hatten nämlich, ohne nachzudenken, auf einen Arzt gehört und eine Krankengymnastin einfach mal machen lassen. Obwohl es viel besser gewesen wäre, von Anfang an gar nichts zu tun. Darüber berichten wir noch ausführlicher im ersten Kapitel, Seite 15 ff.

Ein Gutes hatte Pauls Leistenbruch aber. Er war der Punkt, an dem uns das erste Mal etwas richtig klar wurde: dass es in puncto Gesundheit oft nicht gut ist, wenn man etwas tut; dass es, im Ge-

genteil, meist besser ist, nichts zu tun. Auch wenn das etwas verrückt klingt: abzuwarten, wenn man krank ist und etwas dagegen unternehmen könnte. Schließlich darf man doch diese Chance nicht einfach so verstreichen lassen und untätig danebenstehen! Gerade wenn es um die Gesundheit geht, muss man doch jede Gelegenheit nutzen! Nein. Muss man nicht. Das beste Beispiel stand vor uns und hatte eine Beule am Bauch.

Sicher waren und sind wir nicht die einzigen Aktionisten bei gesundheitlichen Problemen. Treten sie auf, meinen viele Menschen, gleich etwas unternehmen zu müssen, weil sich irgendwo ganz tief in ihnen sofort eine Stimme rührt, die hartnäckig immer wieder sagt: Dagegen musst du etwas tun! Dein Körper braucht dich! Lass ihn nicht im Stich! Also unternimmt man etwas. Und wer diese innere Stimme nicht rufen hört, hat sicher jemanden in seiner Umgebung, der ihm dringend rät, etwas zu unternehmen. Oder sieht die vielen guten Tipps im Fernsehen, im Internet oder in Zeitschriften. Denn alle sagen einem immer nur, was man tun muss – und niemand, was man lieber lassen sollte.

Das wollen wir nun ändern. Und so haben wir Pauls Leistenbruch-Geschichte zum Anlass genommen, dieses Buch zu schreiben. Nicht nur um unseren eigenen Aktionismus endlich einzudämmen, sondern weil es sowohl in der Medizin als auch in der Ernährung zahlreiche Situationen gibt, in denen es einfach mehr schadet als nutzt, etwas zu tun. Das zeigt auch die Wissenschaft in immer mehr Studien. So sind wir bei unserer Recherche auf viele Dinge gestoßen, die uns erstaunt und die Augen geöffnet haben. Wir erinnerten uns auch daran, dass wir schon kurz nach unserem Medizinstudium die ersten einschneidenden Erfahrungen mit übermotiviertem Handeln gemacht haben.

Wir arbeiteten damals als Ärzte im Krankenhaus und bewunderten anfangs den Chefarzt für das große Interesse am Wohl seiner Patienten. Er nahm sich zum Beispiel zusätzlich zu der allmorgendlichen Visite jeden Tag noch einmal die Zeit, kurz in alle Zimmer seiner Privatstation zu schauen, bevor er zu Frau und Kindern in den Feierabend entschwand. Er konnte einfach nicht

beruhigt nach Hause gehen, ohne sicher zu sein, dass es all seinen Patienten gut ging – wie fürsorglich! Auch die Ultraschalluntersuchungen der Schilddrüse, die er Patienten angedeihen ließ, die teilweise schon weit über achtzig Jahre alt waren, beeindruckten uns enorm: toll, wie sehr er sich um die älteren Herrschaften kümmerte; wie rührend, dass er noch mal eigenhändig schaute, dass mit ihnen alles in Ordnung war! Auch die »kleine Hafenrundfahrt« übernahm der Chef bei seinen männlichen Privatpatienten selbst, eine liebevolle Bezeichnung für die Untersuchung von Enddarm und Prostata mit dem (behandschuhten) Finger. Das machte er auch dann, wenn die das 80. Lebensjahr bereits überschritten hatten. Wirklich nett von ihm, dass er seinen Assistenzärzten diese Maßnahme abnahm! Schließlich ist sie für Untersucher und Untersuchten alles andere als angenehm.

Unsere Bewunderung für den Chef war also groß – bis uns irgendwann die erfahreneren Kollegen mit einem Lächeln aufklärten, dass das alles mit Fürsorge und Nettigkeit rein gar nichts zu tun hätte, sondern eher mit monetären Interessen. Es ging ihm, auf Deutsch gesagt, um die Kohle. Denn diesen kurzen nachmittäglichen Blick ins Krankenzimmer, der manche Patienten beim Schlafen störte, konnte er als zweite Chefarztvisite pro Tag abrechnen. Und die selbst durchgeführten Untersuchungen per Ultraschall oder Finger brachten ihm auch deutlich mehr Geld, als wenn sie ein Assistenzarzt gemacht hätte. Ganz abgesehen davon, dass beide bei den hochbetagten Patienten eh überflüssig waren, weil sie für sie keinerlei Konsequenzen hatten.

Uns wurde schlagartig klar, dass auch die Medizin oft ein Geschäft ist und es längst nicht immer um das Wohl des Patienten geht – herzlich willkommen in der Realität! Und so lernten wir recht schnell, dass es auf der einen Seite viele (Chef-)Ärzte gab, die unnötige Maßnahmen anordneten, weil sie finanziell davon profitierten, aber auch, weil man ja etwas tun muss, wenn jemand im Krankenhaus liegt. Wir lernten aber auch, dass es auf der anderen Seite die angenehme Zurückhaltung von Ärzten gab, meist jüngeren, die einer wissenschaftlich orientierten Medizin anhängen und

die Patienten nach deren Kriterien versorgten. Und diese Kollegen haben uns Nachwuchsmediziner immerzu gesagt: »Macht nie etwas, ohne über die Konsequenzen und den Nutzen nachzudenken – die Konsequenzen, die eine Maßnahme haben könnte, und den Nutzen, den sie haben müsste!« Sie zeigten uns so manches Mal, dass es besser sein kann, etwas nicht zu tun: nicht das aufwendige bildgebende Verfahren anzuordnen, nicht das neue Medikament zu verschreiben und nicht die schwierige Operation zu empfehlen – sondern abzuwarten, weil es das Beste für den Patienten ist. Denn jede diagnostische oder therapeutische Maßnahme in der Medizin kann potenziell schädlich sein, vor allem wenn sie gar nicht nötig ist. Dann nimmt man nämlich Nebenwirkungen in Kauf, ohne in irgendeiner Art und Weise von dem Getanen zu profitieren.

Die Frage nach dem wissenschaftlich belegten Nutzen hat uns seitdem nicht nur als Ärzte geprägt, sondern auch in unserem zweiten Berufsleben als Medizinjournalisten. Nur ins Private wollte und wollte sie nicht abfärben. Denn bis zu Pauls Leistenbruch war da immer diese hartnäckige Stimme in uns, die uns zum Handeln gedrängt hat, sobald ein gesundheitliches Problem auftauchte. Wir kamen gar nicht auf die Idee, den Körper einfach mal machen zu lassen. Dabei hatten wir doch im Studium gelernt, dass er über hochwirksame Reparatur- und Schutzmechanismen verfügt, vieles von allein regeln kann – und so meist auch ernste Krankheiten viele Jahrzehnte lang fernhält. Natürlich kann man auch als junger Mensch eine schwere oder eine chronische Erkrankung bekommen, die behandelt werden muss. Das ist schrecklich und soll hier keinesfalls kleingeredet werden. Aber die Statistiken zeigen es: Europäer verbringen den weitaus größten Teil ihres Lebens in guter Gesundheit, sogar bis in ihre Siebziger sind viele Menschen noch fit.

An diese Menschen richtet sich unser Buch: die Gesunden also, die sich aber für die Statistik nicht recht interessieren. Oder die befürchten, die Ausreißer sein zu können. An die, die meinen, eine Chance zu verpassen, wenn sie nicht tätig werden, und die daher schnell zum Arzt gehen. Und an Menschen, die alle möglichen Früherkennungsuntersuchungen machen lassen; die plan-

los Krankheiten im Internet googeln und sich dadurch noch mehr verwirren lassen; die Nahrungsergänzungsmittel schlucken, um sich vor Krankheiten zu schützen; die sich vor Schadstoffen oder ganz natürlichen Bestandteilen in Lebensmitteln fürchten oder die sich mit Diäten beim Essen gängeln – eben alle diejenigen, die aus Gewohnheit oder Unsicherheit völlig Unnötiges für ihre Gesundheit tun. Und das sind viele, sehr viele. Unser Buch soll diesen Menschen die Angst nehmen und ihnen bewusst machen, dass es sich oft lohnt, ruhig zu bleiben und abzuwarten, auch wenn es schwerfällt. Es soll so etwas sein wie ein Plädoyer für eine Gelassenheit, die auch wir selbst erst lernen mussten.

Bitte verstehen Sie unser Buch aber nicht als generellen Aufruf zum ständigen Nichtstun oder als Ersatz für einen Arztbesuch. Jeder, der beunruhigt ist oder dessen Beschwerden sehr stark sind und nicht besser werden, soll natürlich zum Arzt gehen. Aber es gibt eben eine Vielzahl von Symptomen und Malaisen, die oft von allein besser werden oder nachlassen, ohne dass eine Untersuchung oder Behandlung nötig ist. Unser Buch soll Ihnen helfen, diese zu erkennen und Ihnen anhand von Beispielen aus Medizin und Ernährung ein Gefühl dafür geben, wie viel Unnötiges und damit potenziell Schädliches man für seine Gesundheit tun kann – und auch tut: Wir sind das beste Beispiel dafür und wollen Sie vor solchen Fehlern bewahren. Daher soll dieses Buch Mut machen, erst einmal in Ruhe nachzudenken, bevor Sie für Ihre Gesundheit aktiv werden. Denn eines ist auch uns klar: Es kostet oft Mut, die Dinge einfach mal laufen zu lassen und nichts zu tun. Aber in der Medizin ist eben weniger oft mehr, und daher ist es häufig das Beste für die Gesundheit, weder Arzt noch Apotheker zu fragen.

Medizin



Paul wollte nicht zum Kinderarzt – welches Kind will das auch schon? Schimpfend saß er im Auto und fragte immer wieder, warum das denn jetzt sein müsse, dieser Besuch beim Doktor. Hätten wir doch nur auf ihn gehört. Denn wenn wir gewusst hätten, welche Folgen dieser Praxisbesuch für ihn und unsere Familie haben würde – wir wären umgekehrt, sofort!

Den Termin beim Kinderarzt hatten wir ausgemacht, damit der sich Paul in der sogenannten U11 einfach mal wieder anschaute. Die U11 ist eine zusätzliche Vorsorgeuntersuchung für Neun- bis Zehnjährige, die manche Krankenkassen gar nicht bezahlen. Und ganz ehrlich: Sie ist nicht unbedingt notwendig. Aber wir meinten es doch nur gut. Der Kinderarzt sollte sich Paul ansehen, Augen und Ohren testen, Größe und Gewicht messen. Außerdem wollten wir ihn auch wegen der Fersenschmerzen fragen, über die Paul schon seit einiger Zeit klagte und die vor allem beim Fußballspielen auftraten. Der Arzt sollte uns dann bitte schön etwas in der Art sagen wie »Machen Sie sich mal keine Sorgen, das geht schon weg, wenn Paul sich schont«. Doch er sagte: »Das sollte schnell ein Orthopäde abklären.

Es könnte eine Knochenauflösung sein, die nicht selten ist bei Jungen in Pauls Alter, die viel Sport machen.« Hatte der Kinderarzt gerade von »Knochenauflösung« geredet? Unser Kinderarzt, der sonst immer so besonnen war und uns beruhigte – der reagierte auf einmal besorgt? Es musste etwas Ernstes sein! Also machten wir einen Termin beim Orthopäden aus.

Als der Tag gekommen war, gab es auf dem Weg dorthin wieder dieses Warnzeichen: Paul motzte, wie er es zuvor noch nie getan hatte, wenn wir zum Arzt gefahren waren. Hinzu kam seine Frage, warum wir denn jetzt schon wieder zu einem Arzt müssten – die Schmerzen in der Ferse seien eigentlich schon besser, nein, fast weg seien sie. Das fällt ihm aber früh ein, dachten wir nur.

Und tatsächlich: Der Orthopäde fand nichts Auffälliges. Zumindest nicht an Pauls Fuß. Dafür aber quasi am gesamten Rest seines Körpers: Verkrümmungen, Verspannungen und Verkürzungen diagnostizierte er. Und gegen die musste etwas getan werden! Also ver schrieb der Arzt Krankengymnastik.

Es folgte die nächste Station. Und auch dort gab es Warnzeichen, die uns hätten stutzig werden lassen müssen. Dieses Mal war es kein motzender Paul – der hatte seinen Widerstand aufgegeben gegen seine Eltern, die es doch so gut mit ihm meinten. Nein, dieses Mal war es die Krankengymnastin, die, wie soll man sagen, irgendwie besonders war und eigenartige Dinge sagte, schon nach einem oberflächlichen Blick auf Paul: Er sei von den Mundwinkeln bis zu den Zehenspitzen schief, verwachsen und krumm. Aha. Hatten wir seit inzwischen zehn Jahren tatsächlich Seite an Seite mit Quasimodo gelebt, ohne dass es uns aufgefallen war? Natürlich war sein allzeit hüpfender Kleinkindgang verschwunden und er hatte auch das unablässige Stromern in die verschiedensten Ecken eingestellt, wie man es sonst von jungen Hunden kennt. Inzwischen brachte ihn ein vorpubertäres Schlurfen mit hängenden Schultern vorwärts, das eine Lässigkeit ausdrücken sollte, die in diesem Alter meist nur lustig wirkt. Doch war das denn nicht normal? Für die Krankengymnastin wohl nicht, und sie fuhr fort, dass auch keines seiner Organe da liege, wo es hingehöre. War sie etwa eine Verwandte von Superman, aus-

gestattet mit dem Röntgenblick? Auch Paul schaute etwas irritiert: »Organe an der falschen Stelle? Wie eklig ist das denn!«, konnte man von seinen Augen lesen. Doch er blieb ruhig. Bis die Krankengymnastin das B-Wort in den Mund nahm: Er solle Barfußschuhe tragen, empfahl sie, die würden ihn wieder ins Gleichgewicht bringen. In diesem Moment bekam sein Blick etwas Panisches, und er entwickelte ausgeprägte Fluchttendenzen. Wir wollen niemanden beleidigen, der Barfußschuhe ästhetisch ansprechend findet, aber: Es gibt sicher attraktivere Schuhe für einen Zehnjährigen.

Und als die Krankengymnastin dann auch noch Pauls allmorgendliches Müsli auf das Schlimmste diskreditierte und behauptete, Muttermilch sei für die Babys da und Kuhmilch für die Kälber, da hätten auch wir das wirklich als das letzte Warnzeichen erkennen müssen und fluchtartig die Praxis verlassen und niemals wiederkehren sollen.

Doch wir flohen nicht, wir gingen wieder und wieder in die Praxis, zu jedem Termin – auch zum vorletzten von insgesamt sechs. Denn: Was konnte an einer harmlosen, Heil bringenden Krankengymnastik schon falsch sein? Die Therapeutin meinte es doch nur gut! Dann aber passierte es: Mit dem Rücken auf einem Gymnastikball liegend, sollte Paul einen Sandsack vom Boden aufheben und ihn werfen. Haben Sie das schon mal versucht? Uns schmerzte bereits die Vorstellung, und eigentlich ist es schon unmöglich, in dieser Lage mit den Händen überhaupt bis auf den Boden zu kommen. Aber dabei dann noch rücklings einen Sandsack von der Matte aufzuheben, damit hochzukommen und ihn zu werfen – das war eine Übung, wie sie nicht mal Soldaten in der Grundausbildung zugemutet wird, selbst wenn der Stabsunteroffizier einen Hang zum Sadismus hat. Trotzdem: Wir schauten nur fassungslos und irgendwie auch beeindruckt zu, schritten aber nicht ein ...

Paul schaffte die Übung, sogar mehrfach hintereinander. Doch schon beim zweiten Mal meinte er, dass es ihm in der Leiste reiße, weil er doch ganz schön in den Bauch pressen müsse, um mit dem Sandsack in den Händen auf dem wackeligen Ball überhaupt hochzukommen. Selbst in diesem Moment schrien wir nicht Stopp, wir

packten auch nicht unsere Sachen und verließen nicht die Praxis. Nein: Wir ließen Paul die Übung brav absolvieren, bis zum bitteren Ende.

Abends sahen wir dann die Quittung: Beim Duschen fiel Paul eine Beule am Unterbauch auf. Uns war gleich klar, dass das nichts Gutes bedeutete. Die Bestätigung gab's am nächsten Tag im Krankenhaus in Form der Diagnose »Leistenbruch«. Eine Woche später wurde Paul operiert, was wahrscheinlich nicht mal das Schlimmste war. Viel gravierender waren die drei Wochen absolutes Sportverbot im Anschluss. Die quälten ihn viel mehr als die Schmerzen nach dem Eingriff – nicht nur, weil er sonst alles trat, was ballähnlich ist und ihm vor die Füße kam, sondern auch, weil wir unseren Skiurlaub absagen mussten, auf den wir alle uns schon so sehr gefreut hatten.

Natürlich hatte Paul die Schwachstelle im Unterbauch, die zum Leistenbruch führte, schon vor der Krankengymnastik gehabt. Trotzdem war diese Quälerei der letzte Anstoß gewesen. Im Nachhinein hätte weniger gut gemeinter Aktionismus uns und vor allem Paul vieles ersparen können. Die Fersenschmerzen, die alles erst ins Rollen gebracht haben, sind übrigens ganz von allein wieder verschwunden.

Einführung

Das Beispiel zeigt: Selbst uns als Medizinern fällt es oft schwer, nichts zu tun, gelassen zu bleiben und die Dinge sich selbst zu überlassen. Viel hilft viel (in unserem Fall: Sehr, sehr viel muss einfach auch sehr, sehr viel helfen) – diese Weisheit steckt tief in uns Menschen drin, warum sollte einen da medizinisches Fachwissen zur Vernunft bringen? Wobei wir alle ja auch den gemeinen Stiefbruder von »Viel hilft viel« kennen: »Wer nichts macht, verpasst

was.« Und wer will schon etwas verpassen? Es könnte ja wichtig sein. Es könnte helfen! Und man muss ja auch an später denken, an die Vorwürfe, wenn etwas schlecht gelaufen sein sollte. Keiner will doch ein verächtlich dahingeworfenes »Hättest du doch bloß ...« hören. Wie soll man da als medizinischer Laie ruhig bleiben, wenn wir es als medizinische Profis schon kaum schaffen? Für viele Menschen ist das unmöglich.

Zumal einen in den Praxen und Kliniken der Republik auch Fachleute erwarten, von denen es viele nicht unbedingt darauf anlegen, die Beine baumeln zu lassen und diejenigen, die zu ihnen kommen, nur mit einem wohlmeinenden Ratschlag wieder nach Hause zu schicken. »Arzt« nennt sich diese Spezies, und sie hat neben dem Heilen viele Gründe, etwas zu tun: Geld, Bequemlichkeit oder Unwissenheit – um nur einige zu nennen.

Und so treffen zwei Parteien aufeinander, die sich gegenseitig brauchen und die dafür sorgen, dass oft etwas getan wird, das nicht getan werden müsste und manchmal auch nicht getan werden dürfte. Denn jedes ärztliche Tun kann eine Konsequenz haben – auch eine negative.

Wie aktiv wir Deutschen sind, wenn es um unsere Gesundheit geht, zeigt ein Blick auf den zugehörigen Markt.

Schon seit Jahren gehört Deutschland zu den Top 5 der Welt, wenn es um die Gesundheitsausgaben geht. Die USA stehen uneinholbar vorn, das Land steckt 16,4 Prozent seines Bruttoinlandsprodukts (BIP) in das körperliche und seelische Wohlergehen. Dahinter aber streiten sich Länder wie Frankreich, die Schweiz oder eben Deutschland um die Plätze. Allesamt zwacken sie etwa 11 Prozent ihres BIP für den Medizinsektor ab. Konkret sind das 300 Milliarden Euro jährlich – das ist fast eine Milliarde Euro am Tag, die Deutschland ausgibt, um etwas für die Gesundheit seiner Bürger zu tun. Was oft nicht nötig ist: Viel Geld wird für Nutzloses, oft gar Schädliches verschwendet. Etwa 30 Prozent aller Ausgaben in der Medizin würden vergeudet, sie brächten Patienten keine Vorteile, schätzt die Medizinprofessorin Wendy Levinson von der University of Toronto.

150 000 Ärzte in den 1980 Krankenhäusern Deutschlands und mehr als 147 000 Ärzte in den Praxen dieses Landes kümmern sich um uns. Man könnte es auch so ausdrücken: In Deutschland ist eine ganze Großstadt dafür abgestellt, unsere Krankheiten zu behandeln.

Das sind sehr viele Mediziner, aber: Wir brauchen sie auch, vor allem die in den Praxen. Denn mit einem einzigen Arztbesuch pro Jahr bei einem niedergelassenen Mediziner geben sich nur die wenigsten der insgesamt etwa 75 Millionen Menschen in Deutschland zufrieden. Und 19 Millionen kommen jedes Jahr in ein Krankenhaus. Im Durchschnitt besucht jeder gesetzlich Versicherte jährlich drei verschiedene Ärzte und mehr als jeder zweite sogar vier oder mehr. Das sind nur Durchschnittswerte, es gibt natürlich auch Menschen, die gar nicht zum Arzt gehen – andere dafür umso häufiger.

Treue Besucher der Praxen sind dabei gewiss nicht nur allein stehende ältere Damen und Herren, die zu Hause niemanden mehr haben, mit dem sie reden könnten, und die deswegen regelmäßig ihren Hausarzt zum Plausch treffen. Nein, es sind wir alle: Bis zu neun Millionen Menschen sitzen montags in den Praxen der Republik und warten darauf, dass sie endlich mit *ihrem* Arzt sprechen können, der ihre Sorgen und Beschwerden versteht, der ihnen sagen wird, was getan werden muss gegen ihre Rückenschmerzen, ihre Erkältung oder ihre Angst vor dem Krebs. Denn irgendetwas ist immer, ob mit dem Körper oder der Seele. Etwas, das einem Sorgen macht, das man dem Arzt zeigen oder von dem man ihm berichten muss.

Man sollte es sich aber gut überlegen. Denn wenn man erst mal in der Praxis ist, wenn man vor dem Doktor sitzt, ihm von seinen Leiden berichtet, sich untersuchen lässt – dann ist es meist zu spät. Dann kann man nur schwer zurück, dann passiert oft etwas, das nicht passieren sollte; das zumindest dann nicht passieren dürfte, wenn es um das Wohl des Patienten ginge. Denn die Medizin steckt voller unnötiger, teurer und oft sogar schädlicher diagnostischer Maßnahmen und Therapien, die Ärzte oft in gutem Glauben

anwenden, manchmal aber einfach auch nur, um mehr Geld zu verdienen. Und so verlässt manch Gesunder die Praxis als Kranker, bekommt eine Diagnose, die mit den Beschwerden gar nichts zu tun hat, oder soll Medikamente schlucken, die mehr schaden als nutzen. Dabei müssten viele Menschen mit ihren Beschwerden gar nicht zum Arzt. Oder anders: Bei vielen Krankheiten und Beschwerden ist es besser, erst einmal nichts zu tun, abzuwarten. Doch viele Menschen wissen das nicht, und viele Mediziner wollen es nicht wissen.

Ein Beispiel, das wir alle kennen, zeigt das sehr deutlich: die Erkältung. Das Missverständnis fängt schon damit an, dass wir überhaupt wegen einer Erkältung zum Arzt gehen. Denn man muss sich schon ernsthaft fragen, ob wir wirklich immer krank sind oder besser: nicht mehr gesund sind. Über die absurde Definition der Weltgesundheitsorganisation WHO (»Die Gesundheit ist ein Zustand des vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlergehens und nicht nur das Fehlen von Krankheit oder Gebrechen«) müssen wir dabei nicht diskutieren, sie ist fern jeder Realität. Aber macht einen ein Leiden, das zwar quälend ist, aber schon in ein paar Tagen wieder verschwunden sein wird – macht einen so etwas schon zum Patienten, der einer Therapie bedarf? Sicher, man fühlt sich schlecht, oft sogar erbärmlich. Aber die Erkältung ist eher keine Gefahr für Leib und Leben, und die Beschwerden sind schnell wieder verschwunden, auch wenn man sich das in solchen Momenten nicht vorstellen kann. Der Volksmund sagt, eine Erkältung dauere mit Arzt eine Woche und ohne ihn sieben Tage. Der Volksmund hat recht. Man müsste eigentlich nur abwarten. Und doch gehen viele Menschen wegen einer Erkältung zum Arzt. Dann wird oft etwas getan, das nicht getan werden muss und nicht getan werden dürfte: Es wird ein Antibiotikum verschrieben. Auch auf den ausdrücklichen Wunsch der Patienten hin, wie eine Untersuchung der DAK zeigt: Vier von zehn Menschen glauben demnach an die Kraft von Antibiotika gegen Erkältungen, drei Viertel erwarten sogar deren Gabe, wenn Erkältungsbeschwerden nicht von selbst besser werden. Viele Men-

schen verlangen also etwas Überflüssiges – Sie wissen ja: mit Arzt eine Woche, ohne sieben Tage.

Aber es gehören natürlich zwei dazu. Der Arzt ist nicht unschuldig. Er müsste es eigentlich besser wissen. Er müsste wissen, dass Erkältungen von Viren ausgelöst werden, gegen die kein Antibiotikum hilft – gegen die es überhaupt kein Mittel gibt. Man kann nun zu einem Wehklagen ansetzen und sich fragen, warum die Menschheit Raumsonden in den letzten Winkel des Sonnensystems schicken und Telefone bauen kann, die die Bewältigung des Alltags für ihre Besitzer übernehmen, warum sie aber bislang kein Mittel gegen eine Erkältung gefunden hat (und wohl auch erst mal nicht finden wird – es gibt einfach viel zu viele verschiedene Viren, nämlich 200, die Erkältungen verursachen). Doch man sollte eines nicht tun: ein Antibiotikum gegen eine Erkältung nehmen. Nicht nur, dass es nicht hilft, es hat auch immer potenzielle Nebenwirkungen, etwa auf Magen und Darm.

Bei einem anderen Beispiel, das auch viele kennen, ist es ähnlich: bei Rückenschmerzen. Die sind für viele inzwischen ein ständiger Begleiter in ihrem Leben, fast so etwas wie ein guter Bekannter: Fragt man Menschen, ob sie gerade Rückenschmerzen haben, dann antworten etwa 30 bis 40 Prozent mit Ja. Fragt man sie, ob sie im letzten Jahr zumindest ein Mal Schmerzen gehabt haben, sind es sogar mehr als 70 Prozent, die das bejahen. Viele gehen deswegen zum Arzt: In den Praxen des Landes gehören Rückenschmerzen seit Jahren zu den Diagnosen, die am häufigsten gestellt werden; innerhalb des Jahres 2011 wurde bei 35 Prozent der Bevölkerung eine Krankheit der Wirbelsäule und des Rückens dokumentiert. Vor allem der Lendenbereich ist betroffen – die täglichen Stunden im Sitzen und der Stress bei der Arbeit fordern ihren Tribut.

Inzwischen ist der Rückenschmerz aber nicht mehr nur eine Krankheit, sondern eine Art Popstar. Er prangt als Titelheld auf Zeitschriften, ist Protagonist im Fernsehen, nicht nur in Gesundheitssendungen, und belebt jede Party, wenn ausführlich die Art und die Auswirkung der Schmerzen geschildert und sich darüber

ausgetauscht wird, was denn die Ärzte schon so alles mit einem angestellt haben. Wir alle haben eben Rücken. Aber auch, wenn wir noch so nonchalant mit dem lästigen Schmerz umgehen: Rückenschmerzen sind für viele Menschen eine große Last. Und für viele Ärzte der willkommenen Anlass, etwas zu tun, was nicht getan werden muss – und auch nicht sollte.

Zunächst wird dann oft der Gerätepark angeworfen: Ein Röntgenbild vom Rücken hier, eine Magnetresonanztomografie (MRT)-Aufnahme da. Oder auch mal eine Untersuchung per Computertomografie. Den Ärzten geht das oft leicht von der Hand: Deutschland kommt insgesamt auf mehr als 130 Millionen Röntgenbilder jährlich und 17 Millionen Tomografien.

Und auf einer der Aufnahmen wird dann schon etwas sein: Experten schätzen, dass bei etwa 40 bis 50 von 100 Menschen, die eine MRT oder CT bekommen, etwas gefunden wird, von dem man nicht sagen kann, was es bedeutet. Und dann? Probiert man halt etwas anderes. Und noch etwas. Oder noch etwas anderes. Eine Wirbelsäulenvermessung etwa. Auch wenn nichts davon dem Patienten nutzt. Für die Behandlung hat der Arzt oft auch noch das eine oder andere Gerät in seiner Praxis stehen, das vor Jahren oder gar Jahrzehnten einmal angeschafft wurde und dessen Wirkmechanismus so wissenschaftlich klingt, dass es helfen muss. Strahlung (in Form von Wärme etwa) spielt dabei oft eine wichtige Rolle, einen belegten Nutzen gibt es selten. Wenn die Strahlen (und sonstige Apparaturen) aber nicht helfen, dann wird oft noch ein Physiotherapeut eingeschaltet (was nicht immer eine gute Idee ist), nicht selten aber auch die nächste Stufe gezündet und eine Operation angebahnt (was meist überhaupt keine gute Idee ist).

Ob man operiert wird, hängt dabei von vielen Dingen ab, aber nicht immer davon, ob es wirklich nötig ist und einem nutzt. Oft ist der Wohnort entscheidend, nicht nur bei einer Rücken-OP. So wurden zwischen 2010 und 2012 in Birkenfeld 60 Frauen von 10 000 die Gebärmutter entfernt, in Heidelberg nur 20 von 10 000. Wie kann das sein? Sollte nicht eigentlich die medizinische Notwendigkeit darüber entscheiden, ob jemand operiert wird – und

nicht der Wohnort? Ja, sollte sie. Tut sie aber nicht. Bei der Entfernung der Mandeln, sogenannten Tonsillektomien, sind die Unterschiede noch dramatischer: In Coburg wurden nur 16 von 10 000 Kindern und Jugendlichen die Mandeln entfernt, in Bad Kreuznach 107. Dabei ist gerade dieser Eingriff oft nicht nötig und sollte sorgfältig abgewogen werden.

Diese Willkür war schon immer ein Problem. In den Dreißigerjahren des vergangenen Jahrhunderts entdeckte der Arzt John Alison Glover, dass die Raten an Tonsillektomien in den einzelnen Londoner Stadtteilen unterschiedlich waren und dass das davon abhing, wer die Ärzte ausgebildet hatte – und nicht davon, ob es wirklich medizinisch nötig war. Man kann noch deutlich weiter zurückgehen in der Geschichte, um Aktionismus in der Medizin zu entdecken. Schon 1800 Jahre vor Christus hatte der babylonische König Hammurapi das Problem erkannt, sein Gegenmittel fiel allerdings drastisch aus: Per Gesetz ordnete er an, dass operativ tätigen Ärzten, die übereifrig agierten, die Hand abgeschlagen oder ein Auge ausgestochen werden sollte. Der Bostoner Arzt Ernest Codman hingegen wählte 37 Jahrhunderte später, 1915, einen sanfteren Weg und machte sich mit einem Cartoon lustig über seine Kollegen, die damals prophylaktisch die Wurmfortsätze ihrer Patienten entfernten, auf dass diese niemals eine Blinddarmentzündung erlitten – eine irrwitzige medizinische Mode, die den Ärzten aber einiges an Arbeit und Geld bescherte.

Auch wenn es um unsere Knochen geht, ist ehrliche Handwerksarbeit immer noch deutlich geachteter als passives Zuschauen. Das Knie etwa ist ein äußerst beliebtes Arbeitsgebiet von Ärzten, vielleicht sogar eines der beliebtesten überhaupt. Zum Pech für die Patienten, zum Glück für die Ärzte ist es nicht ganz unaufwendig, das Innere des Gelenkes zu betrachten: Man muss operieren, um Kreuzbänder, Menisken und Knorpel sehen zu können. Doch es gibt Gott sei Dank patientenfreundliche Ausdrücke dafür: »minimalinvasive Arthroskopie« oder auch »Kniespiegelung« heißen sie. Sie klingen ganz harmlos und nach wenig Aufwand. Dass es auch hierbei Risiken gibt, Infektionen etwa, wird den Patienten nicht

unbedingt als Erstes erzählt, wenn über solche Eingriffe geredet wird. Mehr als 413 000 Mal im Jahr spiegeln Ärzte in Deutschland das Knie, und die Patienten lassen es mit sich machen – auch wenn es oft nichts nutzt. Denn ein häufiger Grund für eine Arthroskopie des Knies ist ein Leiden, das man nicht therapieren kann: der Gelenkverschleiß. Trotzdem unterziehen sich sehr viele Menschen diesem Eingriff. Es scheint einen unendlich optimistischen Glauben an die Errungenschaften der Medizin zu geben, der die Patienten in den OP-Saal treibt. Die moderne Medizin muss es doch schaffen, einen Verschleiß des Kniegelenks aufzuhalten und sogar umzukehren! Tut sie aber nicht. Die Arthrose ist quasi die Erkältung der Orthopädie, nur dass sie leider nicht von selbst nach einer Woche verschwindet – es gibt einfach kein Mittel dagegen. All die schönen Maßnahmen, die die Ärzte anpreisen und anwenden, auch wenn sie sich noch so toll anhören, machen das Gelenk nicht besser – obwohl viele Ärzte sehr von ihrem Wirken überzeugt sind.

Selbst in einer der konservativsten medizinischen Disziplinen überhaupt passiert oftmals zu viel. Wobei mit »konservativ« keine politische Färbung gemeint ist, sondern einfach nur die Zurückhaltung, mit der die Ärzte vorgehen. Kinderärzte sind in ganz besonderem Ausmaß zurückhaltend, weil sie ganz besondere Patienten haben, denen sie eigentlich nur dann eine Therapie angedeihen lassen, wenn es gar nicht anders geht. Alles andere überlassen sie der Zeit und den Selbstheilungskräften. Denn jede Therapie hat potenzielle Nebenwirkungen, die kleine Menschen schlechter verkraften als große. Doch auch hier wird noch zu viel getan.

Es ist aber auch oft zu verständlich. Kinder brauchen einfach besonders viel Aufmerksamkeit, Schutz und Hilfe von Erwachsenen. Wenn ein Kind stürzt und auf den Kopf fällt, wenn es schreit und weint, nicht mehr aufhört damit, wenn es auch noch Kopfschmerzen bekommt, dann denken die Eltern natürlich an das Schlimmste – und wollen das unbedingt ausgeschlossen haben. Sie fahren mit dem Kind ins nächste Krankenhaus und treffen dort womöglich auf einen Arzt, der noch nicht allzu viel Erfahrung mit

solchen Situationen hat, in denen er nicht nur das wimmernde Kind beruhigen muss, sondern auch die Eltern, die total verängstigt sind und wissen wollen, was mit ihrem Kind ist, ganz schnell, es ist doch nichts Ernstes, oder? Diese Kombination aus aufgeregten Eltern und unsicherem Arzt führt dann schnell zu etwas, das nicht passieren dürfte: Es wird ein Röntgenbild vom Kopf gemacht. Und das bedeutet: keinerlei hilfreiche Informationen für den Doktor, aber viel Strahlung für das Kind und Belastung für die Eltern, weil die Röntgenaufnahme nicht die gewünschte Erlösung bringt. Ein wenig Beruhigung durch den Arzt, eine Erklärung, warum die Verletzung des Kindes nicht schlimm ist: Das nutzt deutlich mehr als jede aufwendige Diagnostik mit teuren Apparaturen. Denn in den meisten Fällen ist ein Sturz auf den Kopf harmlos, und es gibt gute Möglichkeiten für den Mediziner, eine Gehirnerschütterung festzustellen oder auszuschließen – mit ein paar Fragen und einer einfachen Untersuchung, für die er nur Dinge braucht, die er in der Kitteltasche hat. Eine Röntgenaufnahme nutzt ihm nichts.

Doch natürlich ist es nicht so einfach für den Arzt in so einer Situation. Wenn wir hier schreiben, was er tun sollte und was nicht, ist das natürlich längst nicht so schwer wie die Umsetzung. Das wissen wir nur zu gut. Zumal auch wir Patienten die Mediziner unter Druck setzen, etwas zu tun. Und doch gehört es zu den Anforderungen an einen guten Arzt, öfter mal standhaft zu bleiben. Er muss sich immer wieder eine Frage stellen: Hat eine medizinische Maßnahme mehr Vorteile als Nachteile?

Es ist die entscheidende Frage in der Medizin. Denn nicht jedes Medikament, nicht jede Spritze und nicht jede Operation hat einen Nutzen für den Patienten, auch wenn er das Gefühl hat. Aber jede Maßnahme hat mögliche Nebenwirkungen und Komplikationen, wirklich jede.

Auch eine Methode, deren Prinzip so überzeugend klingt, so bestechend elegant, dass sie einfach gut sein muss: die Krebsfrüherkennung. Natürlich wäre es ein unschätzbare Vorteil, wenn man Tumore so rechtzeitig diagnostiziert, dass man sie entfernen kann, bevor sie ihr übles Zerstörungswerk anrichten können.

Doch leider ist es nicht ganz so einfach, wie es klingt. Und leider ist der größte Nachteil einer Früherkennungsuntersuchung nicht, dass man einfach nichts findet, obwohl etwas da ist (was natürlich auch passieren kann). Nein: Es kann schwerwiegende Folgen haben, wenn man sich einer Früherkennungsuntersuchung unterzieht. Von »elegant« kann überhaupt nicht mehr die Rede sein, wenn etwa ein Krebs diagnostiziert wird, der gar nicht da ist – aber Untersuchungen nach sich zieht, die gefährlich sein können. Dann wird es auf einmal ernst und bedrohlich, auch wenn das gar nicht nötig wäre.

Deswegen wird ein guter Arzt nur dann etwas tun, wenn der potenzielle Nutzen die Nachteile übersteigt. Das sollte bei Früherkennungsuntersuchungen so sein und bei allen anderen Maßnahmen auch. Helfen bei der Entscheidung für oder gegen eine Maßnahme sollte ihm die Wissenschaft. »Evidenzbasiert« nennt man ein solches Vorgehen, bei dem der Arzt in seine Überlegungen neben seiner Erfahrung die besten wissenschaftlichen Untersuchungen miteinbezieht, die über eine bestimmte Diagnosemethode oder Behandlung vorliegen. Viele Methoden in der Medizin mussten und müssen sich in diversen Studien beweisen, sie müssen zeigen, ob und welchen Vorteil sie haben. Das kann und sollte jeder Arzt nutzen – es ist eine enorme Hilfe für seine tägliche Arbeit. Doch in der Realität spielt die evidenzbasierte Medizin noch eine zu geringe Rolle. Und das führt zu Überflüssigem, Nutzlosem, Gefährlichem und Schädlichem. »Unangemessene Untersuchungen und Behandlungen sind zu einem zentralen Problem der Medizin geworden«, sagte der Sozialmediziner David Klemperer, Professor an der Universität Regensburg, der *Süddeutschen Zeitung*.

Warum aber ist das so? Warum muten so viele Ärzte ihren Patienten das zu? Warum können sie sich nicht die Zeit nehmen für ein ausführliches Gespräch, ihr Gegenüber einfühlsam beraten und etwas tun, was sie nicht viel Mühe kostet: abwarten, die Beschwerden im Auge behalten und nur dann etwas unternehmen, wenn es auch wirklich nötig ist? Um diese Fragen zu beantworten und auch die eigene Erwartung an den Arzt herunterzuschrauben,

sollten wir uns mal in seine Lage versetzen und uns seinen Arbeitsalltag vor Augen führen.

Der erste wichtige Punkt ist sein Informationsstand. Der ist in vielen Bereichen leider oft gleichbedeutend mit relativer Unwissenheit. So mancher Arzt bezieht einen guten Teil seiner Informationen, auf deren Basis er seine Entscheidungen trifft, aus dem Studium und aus dem Material von Pharmavertretern. Ersteres ist mitunter schon Jahrzehnte her, der Wissensstand also oft überholt – um es vorsichtig auszudrücken. Neue Erkenntnisse aufzunehmen und einzubeziehen fällt vielen Medizinerinnen nicht leicht, denn ihre Zeit ist äußerst knapp bemessen: Wenn sie schon im Durchschnitt für ihre Patienten in der Praxis nur wenig Zeit haben, wie sollen sie dann noch Fachliteratur lesen und dort das Wichtige vom Unwichtigen trennen? Den Großteil der Neuigkeiten gibt es zudem auch nur in englischer Sprache, und das ist für viele Ärzte ein echtes Hindernis. Schätzungen zufolge wollen oder können mehr als 80 Prozent der Ärzte in Deutschland keine Artikel auf Englisch lesen. Da kommen die etwa 16 000 Pharmavertreter gerade recht, die durch Deutschlands Praxen tingeln und ihnen hübsch aufgemacht und in einfachen Worten zusammengefasst die wichtigsten Aussagen von aktuellen Studien präsentieren. Nur haben die bei ihrer Aus- und Wortwahl eher das Wohlbefinden ihres Arbeitgebers im Sinn als das der Patienten – und eher jene Studien mit im Gepäck, die das Medikament gut aussehen lassen, das sie dem Arzt möglichst nahebringen wollen.

Aber selbst wenn der Mediziner sich auf den neuesten Stand bringen wollte und könnte: Es nutzt ihm oft nicht viel. Bei der Hälfte der etwa 3000 Therapien für die wichtigsten Leiden weiß man nicht, ob sie für die Patienten überhaupt einen Nutzen haben – es gibt einfach keine wissenschaftlich hochwertigen Studien, die das belegen könnten. Nur jede Zehnte dieser Therapien hat einen solchen nachgewiesenen Nutzen – und etwa genauso viele Methoden sind entweder wahrscheinlich oder sogar nachweislich unwirksam oder gar schädlich. In der Chirurgie, also in dem Fachgebiet, in dem viel operiert wird, ist die Lage besonders pre-

kär: Experten schätzen, dass es für sechs von sieben chirurgischen Verfahren nicht erwiesen ist, dass sie dem Patienten nutzen. Zusammenfassend könnte man sagen: Die Ärzte tun etwas, von dem niemand weiß, ob es das Richtige ist.

Der zweite wichtige Punkt, der sich zumindest teilweise aus der Unwissenheit ergibt, ist Unsicherheit. Es erfordert schon Mut, abzuwarten. Und etwas zu tun liegt gefühlsmäßig eigentlich immer näher, als etwas nicht zu tun. Man muss auch ehrlich sagen: Es ist in gewisser Weise in der Medizin angelegt. Das zeigt sich schon am Wort Behandlung, in dem das Wort »Handlung« steckt. Und Nichtstun hat einfach ein schlechtes Image, bei uns Patienten wie bei Medizinern. Von einem guten Arzt erwarten wir doch, dass er uns mit modernster Technik untersucht, dass er uns ein Medikament verschreibt, dass er eine heilsame Operation anordnet. Wir fühlen uns schließlich krank und möchten wissen, woher das kommt und was man dagegen tun kann. Also tun die Ärzte auch etwas, und dabei tun sie viel Falsches.

Der dritte wichtige Punkt ist Geld. Oftmals auch das, welches Ärzte irgendwann einmal selbst ausgegeben haben. Denn viele Mediziner schaffen sich teure Geräte an, und die müssen sich bezahlt machen. Sie dürfen nicht untätig herumstehen, sie müssen laufen. Also ordnet der Arzt auch mal die eine oder andere Untersuchung oder Therapie mit diesem Gerät an, die vielleicht gar nicht unbedingt nötig gewesen wäre.

Generell gilt der Grundsatz: Reden ist Silber, Schweigen ist Gold. Denn mit dem Patienten zu sprechen, seinen Beschwerden und Problemen mit gezielten Fragen auf den Grund zu gehen, ihn zu beruhigen – das wird von den Krankenkassen nur schlecht vergütet und kostet Zeit, die man lieber auf dem Golfplatz verbringen würde. Also tun viele Ärzte lieber etwas, anstatt zu reden, unterbrechen ihre Patienten nach 11 bis 24 Sekunden das erste Mal und geben ihnen nach etwa acht Minuten die Hand, um sie freundlich, aber bestimmt zu verabschieden. Beides sind natürlich nur Durchschnittswerte, und wenn Ihr Doktor erst nach 39 Sekunden etwas einwirft: Freuen Sie sich. Doch das ändert nichts an

der Verwirrung, die oft beim Verlassen der Praxis herrscht: Bis zu 80 Prozent der wichtigen Informationen, die ein Arzt seinen Patienten mitgeteilt hat, haben diese dann wieder vergessen, und »das meiste vom Rest noch dazu falsch verstanden«, wie es der Sozialmediziner David Klemperer der Zeitschrift *Vive* sagte. Macht nichts: Der aktive, tatkräftige Arzt kommt beim Patienten gut an. Viel hilft zwar nicht viel, bringt aber viel ein – auch Zutrauen. Es lohnt sich einfach deutlich mehr, etwas zu tun, als etwas nicht zu tun: »Wir haben gegenwärtig ein Anreizsystem, in dem umso mehr bezahlt wird, je mehr Patienten durchgeschleust und je mehr getan wird. Der Verzicht auf eine Maßnahme und das Setzen auf das erläuternde Gespräch wird nicht belohnt«, sagte der Medizinethiker Giovanni Maio der *Ärztezeitung*. Er hat recht.

Es kommt aber manchmal sogar noch etwas auf die Ärzte zu, wenn sie auf eine Maßnahme verzichten: eine Klage. Nach dem Motto »Hätte mein Arzt doch eine Untersuchung X gemacht, dann wäre meine Krankheit Y entdeckt worden und hätte behandelt werden können«, verklagen manche Patienten ihren Arzt wegen Nichtstuns. Um dem zu entgehen, veranlassen viele Mediziner sinn- und nutzlose Untersuchungen, Tests oder Therapien. Lieber auf Nummer sicher gehen! Das bedeutet fast immer: lieber etwas zu tun, als etwas nicht zu tun. »Ärzte werden in der Regel nicht verklagt, weil sie zu viel an Diagnostik machen, sondern wenn sie Diagnostik unterlassen«, sagte der Zürcher Mediziner Thomas Rosemann dem Wissenschaftsmagazin *Nano*. »Defensive Medizin« heißt diese Form des Schutz-Aktionismus, und sie treibt, man kann es sich denken, vor allem in den USA ihre besonderen Blüten.

Doch es gibt da auch noch den Glauben, vor allem den Glauben an sich selbst – der vierte wichtige Grund für überflüssiges Machen und Tun. Der Glaube ist etwas, das der Medizin noch nie gutgetan hat. Zumindest eine übermäßig große Portion davon. Natürlich sollte ein Arzt an sich und seine Fähigkeiten glauben, allerdings sollte dieser Glaube Grenzen haben – der Arzt sollte sich nicht allein auf ihn verlassen.

Der Glaube hat einen Cousin, er heißt Erfahrung. Dieser Cousin ist ein tückisches kleines Biest: Er ist einerseits unglaublich wichtig und kann aus einem guten Mediziner einen sehr guten machen. Doch er gaukelt auch etwas vor: Sicherheit. Wenn sich ein Arzt nur auf seine Erfahrung verlässt, kann das gefährlich sein. Sie kann ihn täuschen. So kann ein Mediziner gute Erfahrungen mit einer Behandlungsmethode gemacht haben, die eigentlich nutzlos ist. Das klingt vielleicht nach einem Widerspruch, ist aber keiner.

Skizzieren wir mal ein Beispiel. Ein Arzt verordnet schon seit Jahren, vielleicht sogar Jahrzehnten, das Medikament X gegen die Krankheit Y. Mit großem Erfolg: Die Wirkung ist durchschlagend positiv. Das erkennt er daran, dass ihm der eine Teil der Patienten davon berichtet, wie viel besser die Beschwerden doch geworden sind, und der andere Teil der Patienten gar nicht erst wieder in seine Praxis kommt, weil es ihnen so gut geht durch das Medikament. Klingt eigentlich zu schön, um wahr zu sein, oder? Es ist auch nicht wahr, zumindest nicht immer. Denn es gibt auch andere Erklärungen für das Verhalten der Patienten: Manche kommen vielleicht genau aus dem gegenteiligen Grund nicht mehr, weil die Behandlung zu nichts geführt hat, sich die Beschwerden nicht gebessert haben oder sie womöglich sogar schlimmer geworden sind. Sie gehen dann zu einem anderen Arzt, in der Hoffnung, dass dem etwas Besseres gegen ihre Beschwerden einfällt.

Und die Patienten, die wiederkommen und denen das Medikament geholfen hat, haben vielleicht einfach nur Glück gehabt. Sie sind vielleicht nur die statistischen Ausreißer, die es fast immer gibt. Wenn etwa eine Behandlung nur bei fünf Prozent der Patienten wirkt, würde man sie zwar nicht als effektiv bezeichnen, doch es gibt eben immerhin ein paar Menschen, denen sie hilft. Und wenn einer davon seinem Doktor gegenüber sitzt und ihm froh vom Erfolg von dessen Therapie berichtet, hat der Arzt natürlich das Gefühl, er habe das absolut Richtige getan. Das Gefühl kann bei dem einen oder anderen Mediziner recht lange anhalten.

Viel häufiger noch als der Zufall schlägt allerdings der Placeboeffekt zu. Sie haben sicher schon von ihm gehört oder gelesen, von

seiner spektakulären Wirkung, die zu einer Besserung führt, obwohl nur scheinbar behandelt wird. Das klingt geheimnisvoll (wie kann etwas wirken, obwohl nichts getan wird, das eine Wirkung hat?), der Placeboeffekt ist aber etwas ganz Gewöhnliches – etwas, das jeder Arzt täglich nutzt, ob er will oder nicht. Denn er tritt nicht nur bei Scheinbehandlungen auf, sondern ist allgegenwärtig und fast immer mit dabei, wenn Mediziner etwas behandeln, ganz automatisch. Eine willkommene Nebenwirkung gewissermaßen. Allein das Auftreten des Arztes und seine Worte können schon Gutes bewirken: Wenn er ein ruhiges Gespräch mit seinem Patienten führt und ihm erläutert, was seine Beschwerden verursacht und wie man sie behandeln könnte, macht das oft schon den halben Behandlungserfolg aus. Doch natürlich wirkt der Placeboeffekt auch bei nutzlosen Therapien, sie sind ja eigentlich auch nichts anderes als Scheinbehandlungen. Ob der Arzt ein echtes Placebo verschreibt, also ein Medikament, in dem nur Zucker enthalten ist und kein Wirkstoff, oder ein Antibiotikum gegen eine Erkältung, das definitiv nicht gegen die verursachenden Viren hilft, oder ob er dem Patienten eine überflüssige Wärmebestrahlung angedeihen lässt: Meist hat das eine positive Wirkung auf den Patienten, zumindest eine gewisse Zeit lang.

Die Wirkung ist übrigens auch keine Einbildung! Der Patient fühlt sich nicht einfach nur besser, es geht ihm auch tatsächlich besser. Der Placeboeffekt ist physiologisch messbar. Das Problem an ihm ist allerdings seine begrenzte Haltbarkeit und sein beschränktes Ausmaß: Er wirkt nicht ewig und auch nicht immens stark. Man sollte sich also nicht allein auf ihn verlassen. Außerdem, und das ist der entscheidende Grund, warum ein Arzt nicht einfach nutzlose Therapien nach dem Motto »Wirkt ja sowieso« verschreiben sollte: Der Placeboeffekt ist wirklich fast immer mit dabei, also auch bei einer Therapie, die eine nachgewiesene Wirkung hat, die tatsächlich hilft, die nicht nutzlos ist – da wirkt er dann noch zusätzlich. Warum also sollte der Arzt den Placeboeffekt mit überflüssigem Mist vergeuden?

Er sollte es nicht. Er sollte aber um ihn wissen, ihn einbezie-

hen in sein Kalkül. Manche Ärzte tun das übrigens ganz bewusst und verschreiben Placebos, meist gegen Schmerzen oder auch Schlaflosigkeit, bei denen sie besonders wirkungsvoll sind. Das mag ethisch gesehen fragwürdig sein, ärztlich gesehen ist es aber durchaus nachvollziehbar, wenn es dem Patienten nutzt.

Viele Mediziner aber berücksichtigen den Placeboeffekt nicht, genauso wenig wie einen weiteren Effekt, der auch recht häufig auftritt: die Spontanheilung. Damit ist gemeint, dass vieles von ganz allein gut wird, der Körper sich selbst hilft. Denn eines muss man sich klarmachen: Er kann sich ganz gut wehren gegen die meisten Zipperlein, gegen viele Malaisen, oft sogar gegen schwere Krankheiten. Er hat eine ganze Armee zur Verfügung, die nur darauf ausgerichtet ist, Eindringlinge abzuwehren, Viren und Bakterien zum Beispiel. Sie heißt Immunsystem und arbeitet extrem effektiv – Erkältungsviren etwa hat sie meist innerhalb von einer Woche besiegt, selbst eine echte Grippe bekommt sie meist in den Griff. Zudem gibt es auch Spezialkräfte, die sich nur um Reparaturen kümmern, wenn etwas verletzt wurde, die Haut etwa. Direkt an Ort und Stelle wird dann zunächst das Gerinnungssystem aktiv und stillt die Blutung. Äußerst fein austariert greift ein Rädchen ins andere, bis sich letztlich eine Art Netz über die Wunde legt. Danach muss das zerstörte Gewebe durch neues ersetzt werden, spezielle Zellen kümmern sich darum. Ihr Werk dauert etwas länger, manchmal Wochen und Monate, die Haut sieht danach aber oft aus wie neu, nur selten sind Narben das Ergebnis. Wenn ein Knochen gebrochen ist, passiert Ähnliches, nur etwas aufwendiger. Und natürlich wird der Körper, so ganz nebenbei, von all den unbrauchbaren Stoffen gereinigt, die bei seinem Betrieb anfallen oder die er über das Essen und Trinken aufnimmt – Leber und Nieren arbeiten Tag und Nacht dafür.

Warum also sollte man dem Körper nicht erst einmal die Chance geben, selbst etwaige Probleme zu lösen? Man muss ihm nur ein bisschen Zeit lassen. Deswegen ist es oft besser, wenn sich der Arzt zusammen mit dem Patienten dafür entscheidet, zunächst nichts zu tun, und ihn instruiert, noch mal in seine Praxis

zu kommen, wenn die Beschwerden nach einiger Zeit nicht besser sind oder wenn sie sich verschlechtern. Dann kann er immer noch aktiv werden.

»Watchful waiting« nennt man dieses Verfahren – beobachten und abwarten. Es ist eine probate Strategie, den Körper das Problem lösen zu lassen. Gleichzeitig schont es die Patienten, weil sie nicht den potenziellen Nebenwirkungen einer Therapie ausgesetzt sind, und behält sie trotzdem unter ärztlicher Obhut. Watchful waiting ist der Mittelweg zwischen Zurückhaltung und Kontrolle – mit einer eindeutigen Betonung auf Ersterem. Lassen wir uns darauf ein und schrauben unseren Wunsch nach Behandlung zurück, kann uns das vor manchem Schaden bewahren. Es braucht aber Vertrauen: Der Arzt muss sich selbst vertrauen, dass er das Richtige tut – oder eher, dass es richtig ist, dass er nichts tut. Das ist nicht einfach für ihn, doch im Sinne des Patienten. Ein noch viel größeres Vertrauen aber muss der Patient haben, vor allem zu seinem Arzt. Denn er geht deswegen zu ihm, damit er ihm hilft, also etwas tut. Sonst hätte er ja gar nicht hingemusst.

Meldet sich dann noch diese hartnäckige Stimme, die sich immer dann bemerkbar macht, wenn ein Problem auftaucht, die flüstert, »Dagegen musst du etwas tun«, dann ist es kaum auszuhalten, wenn der Doktor sagt »Wir warten erst mal ab«. Doch die Selbstheilungskräfte des Körpers helfen meist besser als jede Therapie. Im besten Fall stört die zwar nicht und lässt den Körper machen, aber sie hilft eben oft auch nicht – und hat potenzielle Nebenwirkungen, die auch mal ernster sein können.

Der aktionistische Arzt aber sieht nur seinen Patienten, dem es durch seine Therapie besser geht, durch das, was er getan, was er veranlasst hat. Das speichert er ab, daran erinnert er sich, wenn er wieder einen Patienten mit ähnlichen Beschwerden hat. Er wird es dann genau so wieder tun. Und wieder. Und wieder ...

Erfahrung ist äußerst wertvoll, wir wollen sie hier gar nicht schlechtreden, aber sie muss sich einordnen in das, was die Wissenschaft in vielen guten Studien herausgefunden hat. Wenn der Arzt in seine Entscheidung diese Erkenntnisse, die wissenschaft-

liche Evidenz, einbezieht, dann relativiert sich der eine oder andere persönliche Erfolg des Arztes – aber auch der eine oder andere Misserfolg.

Es gibt allerdings auch einen Typus von Arzt, der sich selbst durch beste Argumente und Evidenz nicht davon abhalten lässt, etwas zu tun: der Handwerker. Viele Mediziner aus den operativen Fächern wie (Neuro-)Chirurgie (Bandscheiben!), Orthopädie (Knie!) oder Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde (Mandeln!) operieren gerne, man darf das nicht unterschätzen. Sie wollen etwas mit ihren Händen tun, sie wollen etwas formen, bauen, basteln. Ähnlich wie die Menschen, die am Wochenende im Haus oder im Hobbykeller sägen, hämmern, kleben oder feilen, fiebert so mancher Arzt in Klinik oder Praxis darauf hin, endlich wieder zu operieren und den ganzen bürokratischen Ballast der Praxis (vor Patienten und dem Computer sitzen, Dokumente ausfüllen, den Betrieb mit den Sprechstundenhilfen organisieren) zumindest für einen Tag in der Woche hinter sich zu lassen und zu sägen, zu hämmern, zu kleben oder zu feilen. Genau das tut er nämlich auch im Operationssaal.

Und so trägt, neben dem guten Geld, das er verdient, auch die Leidenschaft fürs Handwerken sicher ihren Teil bei zu einer fast unglaublichen Zahl: 15,8 Millionen. So oft wurde 2013 operiert. Klingt nach sehr viel? Ist es auch. Denn wenn man sich anschaut, wie viele Eingriffe acht Jahre zuvor, 2005, vorgenommen wurden, kommt man schon ins Grübeln: 30 Prozent weniger waren es da noch. Sind wir also mit der Zeit immer kränker geworden – so viel kränker, dass man operieren muss? Man muss dabei wissen, dass eine Operation keine Leichtigkeit ist, dass man als Patient immer Risiken auf sich nimmt, etwa die Narkose. Und dass sie nicht immer einen Nutzen hat, dass danach also nicht immer alles, oft noch nicht einmal ein bisschen was besser ist. Vor allem dann nicht, wenn der Operateur Herausforderungen liebt. Also Eingriffe, die keine leichte Sache sind. Schwere, komplizierte Operationen, bei denen sein ganzes Können gefordert ist für Dinge, die er nicht immer und immer wieder macht. Es darf gerne auch mal was anderes sein, etwas, das ein bisschen Abwechslung in seinen

Alltag bringt. Bei dem er zeigen kann, was in ihm steckt. Zu Hause will er sein Talent auch nicht damit vergeuden, nur neue Birnen in die Lampe zu schrauben! Also macht mancher Arzt Eingriffe, die er besser nicht machen sollte.

Für die Kliniken hat es, rein betriebswirtschaftlich gesehen, natürlich auch Vorteile, wenn der Laden brummt und sie für Eingriffe zum Teil mehrere Tausend Euro (und manchmal sogar mehr) bekommen. Auch wenn das nicht offensiv von der Klinikleitung kommuniziert wird, hat es doch so mancher Arzt im Hinterkopf.

Das ist natürlich nicht überall so, und viele Mediziner halten sich zurück, wenn sie erkennen, dass sie etwas überfordern könnte – wie es schon Theodor Billroth propagierte, einer der großen Chirurgen des 19. Jahrhunderts: »Operiere nur, was du selbst auch an dir machen lassen würdest!« Aber es bleibt Tatsache, dass viele Eingriffe unnötig sind oder gar schädlich, dass es bei vielen Erkrankungen besser wäre, zurückhaltender vorzugehen.

Zumal auch die Pharma- und Gesundheitsindustrie einiges dafür tut, möglichst viele Kunden, pardon: Patienten, zu gewinnen. Dabei versorgt sie nicht nur Ärzte mit Informationen, die, um es vorsichtig zu sagen, eine gewisse Tendenz haben. Nein: Sie erschafft sich auch ihren eigenen Markt. »Disease Mongering« heißt das Fachwort dafür, das schon Anfang der 2000er seinen Eingang in die medizinische Sprachkultur fand. Am einfachsten übersetzt man es mit »Krankheiten erfinden«, denn nichts anderes ist es, wenn Charaktermerkmale wie Schüchternheit und Lustlosigkeit oder auch Befindlichkeitsstörungen wie Schwitzen und Magen-Darm-Grimmen zu ernststen Leiden umgedeutet werden, die einer Behandlung bedürfen. Bedürfen sie aber natürlich nicht, es ist ganz normal, schüchtern oder lustlos zu sein. Und der Bauch darf auch ab und an mal ein paar Geräusche von sich geben.

Ein Arzt ist also nicht immer das, was man braucht, wenn man sich nicht gut fühlt oder tatsächlich krank ist. Auch aus Studien weiß man, dass es nicht immer das Wohlbefinden der Patienten steigert, wenn sich viele Mediziner mit ihnen befassen. Forscher

des Dartmouth Institute for Health Policy and Clinical Practice in den USA entdeckten folgenden irrational klingenden Zusammenhang: In Regionen der USA, in denen es mehr Krankenhausbetten gab und mehr spezialisierte Ärzte als in anderen Gegenden, dort also, wo man eigentlich eine bessere gesundheitliche Versorgung vermuten würde, starben mehr Menschen an Herzinfarkten und Darmkrebs. Und als Forscher der amerikanischen Harvard University untersuchten, ob es denn die Patienten gefährdet, wenn Ärzte streiken, kamen sie zu einem ziemlich eindeutigen Ergebnis: Nein, es schadet ihnen meistens nicht – es sterben dann zumindest nicht mehr Menschen.

Hinzu kommt, dass sich die Menschen durch das Vollkasko-Gefühl, das die moderne Gesundheitsindustrie vermittelt, nicht unbedingt besser fühlen. Das zeigte zumindest eine Studie von Forschern der Ohio University in den USA. Sie werteten Daten aus 28 Ländern aus, die im Zeitraum von 1981 bis 2007 in Befragungen erhoben worden waren, und fanden dabei einen kuriosen Zusammenhang: Viele Ärzte, Apparate und Arzneien geben den Menschen nicht mehr Sicherheit, sondern, im Gegenteil, mehr Unsicherheit – sie empfinden sich als ungesünder. Und das wiederum erhöhe die Nachfrage nach medizinischer Versorgung, so die Wissenschaftler. Medizinische (Über-)Versorgung macht unsicher, führt zu medizinischer Versorgung, führt zu Unsicherheit – ein Teufelskreis.

Doch es rührt sich etwas in der Welt, auch in Deutschland – das ist die gute Nachricht. Es gibt einige Ärzte, die sich mit überflüssiger Medizin nicht abfinden wollen. Da ist zum Beispiel die Cochrane Collaboration. Das ist *die* Organisation, die weltweit für die evidenzbasierte Medizin steht. Diese Art von Medizin ist der Schlüssel für ein vernünftiges und abwartendes Vorgehen, weil sie sich auf hochwertige Wissenschaft stützt. Cochrane existiert seit 1993, und mittlerweile bemühen sich dort mehr als 30 000 Menschen in über 130 Ländern darum, qualitativ hochwertige Studien zu initiieren und die Forschungsergebnisse für Ärzte so aufzubereiten, dass diese Empfehlungen bekommen, ob bestimmte

Therapien einen Nutzen haben oder nicht. Oft kommt dabei heraus, dass sie keinen haben. Das bedeutet nicht unbedingt, dass sie keine Wirkung haben, es bedeutet nur, dass diese Wirkung dem Patienten keinen Vorteil bringt. Ein Medikament kann effektiv den Blutdruck senken – und trotzdem keinen Nutzen haben. Es kann sogar das Risiko erhöhen, zu sterben. Was nutzt es einem, wenn zwar der Blutdruck niedrig ist, man aber früher stirbt?

Solche Zusammenhänge findet man nur mit größeren Studien heraus. Die Wissenschaftler von Cochrane bedienen sich dazu oft sogenannter Metastudien, in denen sie alle guten Untersuchungen zu einer Fragestellung zusammenfassen und auswerten. Man bekommt so bessere, genauere Aussagen, weil es einfach mehr und bessere Daten gibt. Für die Ärzte könnte das eine große Hilfe sein, und doch wird die Arbeit von Cochrane von vielen noch ignoriert, von manchen auch angefeindet. Sie fürchten eine Medizin nach Plan, die ohne die Erfahrung und Intuition der Ärzte auskommen müsste. Doch man kann den Medizinern diese Furcht nehmen: Die Erfahrung des einzelnen Arztes spielt auch in der evidenzbasierten Therapie eine wichtige Rolle, allerdings sollte man ihre Relevanz auch richtig einschätzen können – wir haben die Tücken ja schon beschrieben.

Hat die Cochrane Collaboration ihren Ursprung in Großbritannien (der Mann, nach dem sie benannt ist, Archibald Cochrane, war Brite), kommt eine neuere Bewegung aus Nordamerika: die Choosing-Wisely-Kampagne. Sie wurde vor mehr als fünf Jahren begründet. Das grundlegende Prinzip von Choosing Wisely sind Top-5-Listen von Maßnahmen. Allerdings geht es nicht um die besten Therapien oder diagnostischen Schritte, sondern um das Gegenteil: um die Dinge, die überflüssig sind und die man als Arzt nicht tun sollte. Es sind Anti-Aktionslisten, wenn man so will. In Form von Not-to-do-Listen sollen sie den Ärzten Erinnerung und Mahnmal gleichzeitig sein. In den USA machen bislang mehr als 60 Fachgesellschaften bei der Choosing-Wisely-Kampagne mit, etwa die der Neurologen, der Schlafmediziner oder der Internisten. Sie empfehlen ihren Ärzten dann zum Beispiel, bei Kopf-

schmerzen kein Elektroenzephalogramm (besser bekannt unter seiner Abkürzung EEG) zu machen und keine Routine-Gesundheitschecks durchzuführen. Manche der Empfehlungen sind eigentlich Selbstverständlichkeiten, die nicht mehr extra aufgeführt werden müssten, sollte man denken. Aber es scheint sehr widerstandsfähige Ärzte zu geben. Ob die Listen tatsächlich etwas ändern, ob die Mediziner nun tatsächlich weniger tun, ist noch nicht klar. Einige unserer Empfehlungen in diesem Buch gründen aber auf den gut belegten Top-5-Listen von Choosing Wisely.

Die Initiative hat auch Einfluss auf andere Länder. Einige britische Fachgesellschaften etwa zogen Anfang 2015 nach, in der Schweiz entstand die Smarter-Medicine-Initiative, in Deutschland wurde die Gemeinsam-Klug-Entscheiden-Initiative begründet. Ihr Ansatz ist etwas anders als der von Choosing Wisely. Zum einen sollen die Patienten mehr miteinbezogen werden, zum anderen geht es den Initiatoren wohl nicht nur darum, etwas *nicht* zu tun, sondern ruhig auch mal etwas zu tun, was angebracht wäre, aber zu selten gemacht wird. Das klingt erst mal deutlich weniger radikal als das Vorgehen von Choosing Wisely, und die Frage ist, ob diese fehlende Radikalität das Vorhaben nicht verwässert. Es wird sich zeigen, wie ernst die Ärzte in Deutschland die Kampagne nehmen. Die Fachgesellschaft der Internisten hat inzwischen schon einige Top-5-not-no-do-Listen für mehrere ihrer Spezialdisziplinen erstellt, etwa die der Kardiologen. Immerhin ein guter Anfang.

Aber natürlich gibt es auch außerhalb von Initiativen viele Kämpfer für das Gute. Der Hausarzt, der seinen Patienten sagt: »Wir tun erst mal nichts, wir warten ab und beobachten das genau.« Der Hochschuldozent, der seine Studenten das Abwarten lehrt. Der Chefarzt, der seinen Assistenzärzten sagt, sie sollten sich zurückhalten mit aufwendiger Diagnose und Therapie, um keinen Schaden anzurichten. Und der Einzelkämpfer, der sich mit Gesinnungsgenossen zusammenschließt und in Fachartikeln für Gelassenheit und Zurückhaltung plädiert. Etwa Thomas Kühlein, Direktor des Allgemeinmedizinischen Instituts am Universi-

tätsklinikum Erlangen, der zusammen mit Stefanie Joos und Tobias Freund 2013 im *Deutschen Ärzteblatt* eine Art Plädoyer für Zurückhaltung geschrieben hat. Der Titel klingt schon vielversprechend («Patientenorientierte Medizin: Von der Kunst des Weglassens»), und der Text hält das Versprechen. Kostproben gefällig? – »Eine Kernaufgabe hausärztlicher Tätigkeit ist das Aushalten ›diagnostischer Unsicherheit‹ zusammen mit dem Patienten und die Vermeidung unnötiger Diagnostik und Therapie.« Oder auch: »Vor dem Hintergrund stetig zunehmender diagnostischer und therapeutischer Möglichkeiten erfordern die Bedürfnisse einer älter werdenden Gesellschaft für den Einzelnen oft nicht mehr Diagnostik und Therapie, sondern eine verantwortungsvolle Begrenzung medizinischer Interventionen. Diese Begrenzung sollte sich am Leiden und den persönlichen Zielen der Patienten orientieren.«

Es geht den Autoren nicht darum, medizinische Leistungen wegen wirtschaftlicher Gründe einzusparen, nein: Sie denken im Sinne der Patienten, denen man als Arzt etwas erspart, wenn man gelassen bleibt. Der Artikel aus dem *Ärzteblatt* sei nur beispielhaft genannt für einige andere, die Mediziner immer wieder daran erinnern, nur das zu tun, was nötig ist – und nicht, was möglich ist.

Möglich ist nämlich tatsächlich vieles, neuartige Geräte, Medikamente und Methoden laden geradezu ein, etwas zu tun. Einen Nutzen haben längst nicht alle. Anders als bei Autos oder Smartphones ist die Eigenschaft »neu« in der Medizin kein Qualitätsmerkmal – im Gegenteil. Denn mit neuen Verfahren hat man einfach noch nicht so viele Erfahrungen sammeln können wie mit alten – auch wenn sie noch so modern sind und ihnen Eigenschaften zugesprochen werden, die die alten in den Schatten stellen sollen.

Neue Medikamente etwa haben oft nicht mehr Nutzen als alte, man könnte auch sagen: altbewährte. Im Gegenteil: Die Nebenwirkungen von neuen Mitteln kommen oft erst dann zutage, wenn sie auf dem Markt sind, also raus sind aus dem Zulassungsverfahren, in dem in verschiedenen Phasen Sicherheit und Wirkung erprobt

wurden. Das geschieht nämlich oft an relativ wenigen Probanden, manchmal nur an ein paar Hundert. Und selbst wenn es 2000 oder 3000 sind, an denen ein neuer Wirkstoff erprobt wird und bei denen nur wenige und harmlose Nebenwirkungen auftreten, heißt das nicht allzu viel. Denn eine Nebenwirkung, vielleicht sogar eine schwere, die bei einem von 10 000 Patienten auftritt, trat zuvor in der Zulassung bei den 3000 Probanden womöglich gar nicht zu Tage. Und schon bei einer Nebenwirkungsrate von 1:10 000 kann man wahrlich nicht von selten sprechen, man muss sich nur überlegen, dass etwa Schmerzmedikamente täglich von Hunderttausenden geschluckt werden.

Ein bekanntes Beispiel ist Vioxx, das Schmerz- und Rheumamittel, das 1999 zugelassen und fünf Jahre später wieder vom Markt genommen wurde, weil es das Risiko für Herzinfarkte und Schlaganfälle drastisch erhöht hatte. Diese Nebenwirkungen waren in der Zulassung nicht aufgefallen: Da war es nur an etwa 5000 Probanden getestet worden. Eingenommen hatten es bis zum Rückzug vom Markt aber 80 Millionen Menschen – sollte es doch deutlich seltener zu Magenblutungen führen, eine bekannte und recht häufige Nebenwirkung anderer Schmerz- und Rheumamittel wie ASS (besser bekannt unter dem Handelsnamen Aspirin) oder Diclofenac (bekannter Handelsname Voltaren). Auch bei der Antibabypille ist »neu« nicht gleich »besser«. Es gibt inzwischen vier Generationen von Verhütungspillen, die Pille der dritten und der vierten Generation aber, also die neueren, gelten unter vielen Experten als risikoreicher. Denn die Pille ist kein bunter Smartie, den eine Frau, ohne groß nachzudenken, einnehmen kann. Nein, sie ist ein Hormonpräparat, das eine tödliche Nebenwirkung haben kann: eine Lungenembolie als Folge eines Blutgerinnsels, das eine Beinvene verschließt. Bei den neueren Präparaten der dritten und vierten Generation kann dies häufiger vorkommen.

Solche bösen Überraschungen zeigen sich immer wieder, wenn neue, moderne Medikamente auf den Markt kommen. Sie müssen sich halt erst einmal bewähren, und das kann dauern. Genauso wie bei allen anderen neuen Methoden, die in die Medizin Einzug

halten. Die Faustregel lautet: Je neuer, desto unbekannter, desto größer das Risiko.

Nun mag das alles für den einen oder anderen Mediziner nicht ganz überzeugend klingen, hat er doch bislang noch alles in den Griff bekommen, weil er sich auf eines verlassen kann: auf sein Können. Doch vielleicht erinnert er sich noch an einen Lehrsatz aus seinem Studium: *primum nil nocere* – zuerst einmal nicht schaden. In die Medizin Einzug hielt dieser Leitspruch durch Scribonius Largus ein paar Jahrzehnte nach Christi Geburt. Er war Hofarzt des römischen Kaisers Tiberius Claudius Nero Caesar Drusus, und es ging ihm damals eher um den Ruf der Ärzte, der von allerlei Mythen umrankt war. Die entstanden vor allem, wenn Menschen unter mysteriösen Umständen starben. Damals gerieten schnell die Ärzte mit ihrer Heilkunst in Verdacht, und ein Leitspruch, der die Schadenverhütung in den Mittelpunkt des ärztlichen Tuns stellte, war gutes Marketing – und bewahrte nebenbei wohl so manchen vor Unheil. Denn die Medizin war zu dieser Zeit noch nicht besonders, sagen wir mal: ausgereift. Es wurde viel getan, was den Patienten eher schadete als half, man wusste es einfach nicht besser. Bevor man dem Fortschreiten einer Krankheit einfach nur zusah, machte man lieber etwas, auch wenn es überflüssig oder schädlich war.

Anfang des 19. Jahrhunderts hatte sich die Situation noch nicht grundlegend gewandelt. Die Mediziner damals ließen ihren Patienten Einläufe, Schröpfkuren, Brechmittelgaben und Aderlässe angedeihen, manchmal bis zur Ausblutung. Beliebt waren auch in die Haut eingelegte Haarseile, die sich entzünden und Eiterherde entstehen lassen sollten – wofür auch immer das gut gewesen sein sollte. Aber ein Arzt aus Meißen kam auf eine geniale Idee, die zu seiner Zeit wohl viele Leben rettete: Er erfand eine Therapieform, die damals wenig bis keinen Schaden anrichtete. Die Methode hat sich bis heute gehalten, sie heißt Homöopathie.

Man kann von der Homöopathie halten, was man will – und ihre Daseinsberechtigung in der heutigen Zeit zu Recht anzweifeln. Damals aber war sie ein gewaltiger Fortschritt, ja fast eine Re-

volution für die Patienten. Denn die Methode von Samuel Hahnemann, ihrem Erfinder, war äußerst erfolgreich – gerade weil sie keine Wirkungen hatte und damit auch keine schlimmen Nebenwirkungen. Hahnemann verdünnte viele seiner Medikamente nämlich so weit, bis kein Molekül eines Wirkstoffs mehr enthalten war. Es blieb nur nebenwirkungsfreies Wasser, das auf Zuckerkügelchen geträufelt oder direkt eingenommen wurde – und eine gute Portion Glaube an die Wirkung dieser hahnemannschen Mittelchen, die im Placeboeffekt mündete und für Erfolgserlebnisse bei den Patienten sorgte. Noch heute lässt der Glaube an die Wirkung der Homöopathie viele Menschen wirkstofffreie geschüttelte Tinkturen und benetzte Kügelchen einnehmen. Es ist eine etwas andere Form des Nichtstuns, die allerdings dann Nebenwirkungen haben kann, wenn man auch bei behandlungsbedürftigen Krankheiten nicht tätig wird, also keinen Arzt aufsucht, weil man sich auf die Homöopathie verlässt oder der Schulmedizin gänzlich misstraut. Dann kann es sogar richtig gefährlich werden.

Denn natürlich gibt es auch Leiden, die unbedingt in die Hände eines Arztes gehören, der sie mit schulmedizinischen Methoden behandelt. Wir plädieren deswegen auch nicht bei allen Erkrankungen für Gelassenheit und Zurückhaltung, das können wir gar nicht, es wäre fahrlässig. Es geht uns nur darum, den Blick dafür zu schärfen, dass es oft auch mal besser ist, abzuwarten. Und bei Symptomen, die eine harmlose Ursache haben, ist das fast immer der bessere Weg. Wie aber kann man solche Beschwerden von ernstesten Krankheiten unterscheiden? Ruhig bleiben kann man vor allem bei Symptomen, die man schon mal hatte und daher einordnen kann. Auf jeden Fall einem Arzt zeigen sollten Sie hingegen Ungewöhnliches, sehr Akutes, Extremes, Plötzliches, lange Andauerndes und Beschwerden, die nicht besser werden oder nicht ganz verschwinden. Kopfschmerzen, die immer wiederkommen und manchmal sogar zum Erbrechen führen, Stiche in der Brust oder im linken Arm, die etwa beim Treppensteigen oder Fahrradfahren auftreten, eine Abgeschlagenheit, die über Wochen oder gar Monate anhält; auch hohes Fieber, sehr starke Bauchschmer-

zen oder starker Schwindel und Sprachstörungen sind Gründe, schnell einen Arzt aufzusuchen. Und auch wenn Sie sich große Sorgen machen, sollten Sie in eine Praxis oder ins Krankenhaus gehen. Denn natürlich ist es oft besser, den Fachleuten die Entscheidung zu überlassen, ob etwas zu tun ist und was. Dabei sollte man wissen: Selbst hinter vielen dramatischen Symptomen steckt oft etwas, mit dem man gut zurechtkommen kann.

Wir kennen das auch. Paul etwa wurde eines Nachts wach, weil er nicht mehr richtig atmen konnte. Nur noch ein Keuchen war zu hören, ein Bellen, Panik war in seinen Augen zu erkennen. Nicht einmal ein Jahr alt war er da, ein kleines Würmchen, das nicht wusste, wie ihm geschah. Wir packten ihn uns und gingen schnell raus auf den Balkon. Es wurde ein wenig besser, aber er keuchte noch immer und bekam schlecht Luft. Wir dachten an das Schlimmste und glaubten, unser Sohn habe einen Asthmaanfall, sein Leben sei bedroht, in wenigen Augenblicken würde er erstickten!

Wir liefen ins Kinderkrankenhaus, das nur 200 Meter von unserer Wohnung entfernt liegt. Der Weg dorthin hatte Paul schon gutgetan, seine Luftnot war etwas besser geworden, doch verschwunden war sie noch nicht. Der Arzt aber beruhigte uns sofort: Paul habe einen Pseudokrupp-Anfall, und den bekäme man schnell in den Griff – durch kalte, feuchte Luft und ein Cortisonzäpfchen. Ursache des Pseudokrups ist eine Entzündung der Atemwege, speziell des Kehlkopfes – daher die dramatischen Symptome und Geräusche. Und tatsächlich: Nachdem Paul ein Zäpfchen bekommen hatte und wir noch einmal mit ihm raus an die frische Luft gegangen waren, wurde es deutlich besser. Was für eine Erleichterung! Ein Problem erzählten wir dem Arzt aber noch: Wir wollten am nächsten Tag in den Urlaub fliegen, in die Toskana. Wie sollten wir das mit einem kranken Kind tun, das bis gerade eben kaum Luft bekommen hatte? Wir sahen uns schon mit der Billig-Fluglinie hart verhandeln um eine Verschiebung des Abflugtermins, rechneten aus, was das wohl kosten würde, stellten uns vor, wie wir der nur italienisch sprechenden Vermieterin un-

seres Apartments erklären sollten, dass wir ein paar Tage später kommen würden. Der Doktor aber blieb gelassen und sagte nur, er sei ein bisschen neidisch, gerne würde er mit in die Toskana fliegen. Aber Sorgen müssten wir uns keine machen. Es könne zwar sein, dass Paul noch einmal so einen Anfall bekäme, aber »ob er den hier in Hamburg oder in Italien bekommt, das ist egal«. Er gab uns noch ein Zäpfchen mit – und ein gutes Gefühl. Am nächsten Tag flogen wir in die Toskana und hatten einen tollen Urlaub. Einen erneuten Pseudokrapp-Anfall bekam Paul nicht – nach dem entspannten Auftritt des Arztes hätte uns der aber wohl auch nicht mehr aus der Ruhe gebracht.

Zugegeben: Wir hatten Glück mit unserem Arzt. Ein anderer hätte vielleicht deutlich mehr getan, wäre viel vorsichtiger vorgegangen und hätte Paul sogar im Krankenhaus behalten. Trotzdem: Wenn man unsicher ist, sollte man zum Arzt gehen. Man muss dann ja nicht alles mit sich machen lassen, sondern sollte ruhig mal nachfragen, ob und warum eine Diagnostik oder Behandlung notwendig ist. Dass das schwierig ist, wissen wir. Wir zeigen Ihnen nun aber, wann es tatsächlich besser für die Gesundheit ist, erst mal nichts zu tun.