

Letter to the editor

Gedanken zum Beitrag «Indignez-vous!»

Die Darstellung der aktuellen Situation der Medizin durch Prof. Lüscher [1] ist über weite Strecken zutreffend. Die finanziellen Probleme sind unbestritten, und es müssen neben der Effizienz der heutigen Medizin und der Mehrwertschöpfung doch auch die Grenzen des Wachstums beachtet werden. Haben wir in der Medizin eine Wachstums-Manie? Allmacht-Phantasien? Business-Industrie? Auch hier könnte man ausrufen: Indignez-vous! Stellt mal die Medizin als Wissenschafts-System in Frage!

Die ökonomische Situation im Gesundheitswesen ist die symptomatische Spitze eines komplexen und heterogenen Eisbergs. Die Komponenten imponieren als Sachzwänge und wirken sich in vernetzten Feldern aus, im täglichen Leben der Gesunden und Kranken, in der Politik, im Finanzierungssystem, in der medizinischen Wissenschaft, in der Medizin, die in Klinik und Praxis praktiziert wird.

Die komplexe Erscheinung der Systemstörung und die ungenügende Wirkung der bisherigen Steuerungsversuche lassen vermuten, dass mit blosser Symptom-Bekämpfung im Kostenbereich keine Lösung erreicht werden kann. Sparen reicht nicht!

Auch mit mehr finanziellen Mitteln wären wir mit derselben Krise konfrontiert. Die Teuerung ist systemimmanent. Wir können nicht immer mehr und immer effizientere medizinische Leistungen zum gleichen oder gar tieferen Preis erbringen. Massnahmen wie Labortarifsenkung, eingefrorene Tarmed-Taxpunktwerte, MC, DRG usw. werden das Kostenproblem auch nicht lösen. Qualität wird verloren statt gewonnen! Zudem sei die Frage erlaubt: Ist Medizin wirklich generell so erfolgreich und den Preis immer wert?

Es muss deshalb das Wissenschafts-System der aktuellen Medizin hinterfragt werden. Wie sehen die Fakten aus?

- Die technische Detail-Diagnostik macht grosse Fortschritte, aber die daraus gemäss Guidelines indizierten Therapien wirken nicht immer wirklich und schon gar nicht kausal, sondern oft nur symptomatisch. Technischer Diagnose-Aufwand ja, wenn eine wirklich effiziente Therapie nur so bestimmt werden kann. Es darf nicht sein, dass diagnosti-

scher Aufwand ohne voraussichtliche therapeutische Konsequenz nur aus Neugier erfolgt, obwohl der klinische Befund klar die Hoffnungslosigkeit anzeigt. Es gibt einen Zeitpunkt für den Arzt, nur noch unter palliativer Bemühung den Patienten zum Tod zu begleiten.

- In der Behandlung akuter Krankheiten hat die gegenwärtige Medizin grosse Fortschritte errungen, allerdings zum entsprechenden Preis.
- Bei chronischen Krankheiten, Rezidiven und Langzeit-Problemen aber sieht es nicht so gut aus: hohe Kosten, Tendenz zunehmend, bei eher frustrierenden Ergebnissen. Ausnahmen finden sich in der Onkologie. Hier zeigen sich zunehmend Fälle mit guten kurativen Resultaten, leider aber ist oft auch nur Palliation möglich. Ebenfalls grosse Fortschritte hat die interventionelle Kardiologie gemacht. Antibiotika und Steroide sind in wirklich indizierten Situationen vorerst nützlich, bei zweifelhafter Indikation können sie aber auch schaden. Es bleibt das Rückfall-Risiko, bzw. die Entwicklung zur chronischen Krankheit, da eben bloss Symptome wegkuriert wurden. Merke: Das Symptom ist nicht die Krankheit!
- Entstehung der chronischen Krankheiten: Bei chronischen und akuten Situationen mit Fehlen einer eindeutigen klinischen Diagnose werden Einzel-Phänomene mit einer symptomatischen Therapie angegangen. Es resultiert eine oft schädliche Polypragmasie. Dies, weil die Synthese der verschiedenen Symptome zu einem geschlossenen Bild nicht erfolgt, und zwar mangels Ausbildung zu dieser Fähigkeit. Man muss eben die Entstehungsgeschichte des chronischen Leidens im Krankheits-biografischen Längsschnitt erkennen, um eine Therapie planen zu können. Theoretische Grundlagen über die Entstehung chronischer Krankheiten finden sich in diversen komplementärmedizinischen Systemen, sind aber noch zu wenig Teil des ärztlichen Allgemeinwissens.
- Die Ausbildung der jungen Ärzte (Spezialisten und Grundversorger!) muss die Befähigung zur vorerst einfachen Basis-Diagnostik, zur Triage auf Dringlichkeit, Planung einer weiterführenden adäquaten technischen Diagnostik sowie zu optimaler

(nicht maximaler!) Therapie, eingeschlossen Therapie-Alternativen, beinhalten. Der Arzt muss koordinierender, kompetenter und empathischer Begleiter sein mit Überblick über den ganzen kranken Menschen und alle Behandlungsmöglichkeiten. Dies ist ein sehr hoher Anspruch an Lehrer und Studenten! Gelehrt werden müssen wieder die Gesetzmässigkeiten des Lebens, das tatsächliche Funktionieren des Menschen im psychischen und somatischen Bereich, sowohl in Alltags-Ruhe, aber auch bei Distress akuter und chronischer Art. Zu oft wird das Maximale und nicht das Optimale angestrebt.

- Es ist Fakt, dass wir als Individuen im psychischen und somatischen Bereich etwa gleich funktionieren wie unsere Vorfahren in der Steinzeit. Der damalige Existenzkampf erforderte ganz einfach Kraft, Fleiss, Mut und Ausdauer bei der Nahrungsbeschaffung. Zudem mussten unsere Ahnen immer fit sein für Kampf oder Flucht. Viele Verhaltensmuster des heutigen Menschen in kritischen Situationen, entsprechen diesem Verhalten, welches vor 10000 Jahren nötig und nützlich war. Es kommt zu automatisch ablaufenden Stressreaktionen. Die Adaptation an heutige Lebensumstände ist noch nicht weit gediehen. Nicht jede Herausforderung muss zu Distress führen. Aber die heutige Informationsmenge und -komplexität sowie das allgemeine Tempo haben massiv zugenommen.
- Distress erzeugt Alarmmeldungen in Form von Symptomen. Analgetika, Antidepressiva, NSAR und andere «Antis» werden verabreicht.
- Wir unterdrücken die Alarmmeldungen mit Medikamenten, ohne sie im Kontext mit der Situation und mit der Frage auf ihre Relevanz zu bewerten. Wir unterdrücken das unbequeme Symptom. Dieses schweigt eine gewisse Zeit. Dann aber äussert sich der weiterhin überforderte Organismus mit einem neuen, meist ernsthafteren Symptom, das wieder nach Hilfe ruft, und wiederum oft nur Unterdrückung bekommt. Es ist aber keine neue Krankheit! Es ist die alte Disposition in neuer Erscheinung, evtl. an einem anderen Organ. Erneute Symptomunterdrückung zwecks Komfort führt zu chronischen Krankheiten.

- Das Erkennen des «point of no return» im beginnenden Sterben eines Menschen wird in der Ausbildung zu wenig gelehrt. Gerade junge Ärzte glauben in ihrem Enthusiasmus und in der Verneinung der eigenen Endlichkeit nicht wirklich an die Unabänderlichkeit präterminaler Zustände. Sie glauben, dass doch noch etwas zur «Rettung» zu finden wäre. Der therapeutische Held muss aber ab einem gewissen Punkt zum empathischen, liebevollen Begleiter mit menschlicher und fachlicher Kompetenz werden, der sich dem Schicksal fügt.

Wir leben in einer Zeit des Glaubens an ungebremstes quantitatives Wachstum, an die Dominanz des Materiellen, und wir streben nach Gewinn in jeder Form und nach dem schnellen Erreichen von Komfort in jeder Hinsicht. Alles soll machbar sein. Das allgemeine Denken, das Menschenbild, die Wissenschaften, speziell die Naturwissenschaften sind dementsprechend überwiegend materialistisch geprägt. Deshalb kommt es auch zu materiellen/finanziellen «Beschwerden» im Gesundheitswesen. Aufgezwungene Kostensenkung unter Beibehaltung des geltenden Wissenschaftssystems macht die Medizin in gefährlichem Mass ineffizienter!

Bio-logische Tatsachen über Gesundheit, Krankheit und Therapie:

- Ein gesunder Mensch befindet sich in einem ganzheitlichen psycho-physischen und sozialen Gleichgewicht.

Dieses kann gestört werden durch physikalische, chemische, infektiöse, toxische, emotionale oder andere Einflüsse.

- Eine Störung dieses Gleichgewichts führt zu Krankheitssymptomen.
- Akute Krankheiten verlaufen zeitlich begrenzt und enden mit Heilung oder Tod. Bei akuter Gefahr ist Schulmedizin lebensrettend. Gegen banale Krankheiten genügen unschädliche Hausmittel oder es erfolgt Selbstheilung.
- Bei Wiederholungs- und Dauersymptomen sprechen wir von chronischen Krankheiten. Diese sind im Verlauf unbegrenzt, unüberschaubar und teuer sowohl in der Behandlung wie in den volkswirtschaftlichen Auswirkungen.
- Eine wiederholt unkorrekte, die Symptome unterdrückende Behandlung der banalen akuten Krankheit führt zu chronischer Krankheit. Eine immer wieder akut auftretende banale Erkrankung zeigt, dass der Mensch eigentlich chronisch krank ist. Mittels «Eruptionen» in Form von intermittierenden akuten Erkrankungen sucht der Organismus Entlastung. Wiederholte Unterdrückung von banalen Kurz-Erkrankungen erzeugt mit der Zeit eine chronische Langzeit-Krankheit.
- Eine korrekt, z.B. komplementärmedizinisch oder sonst zurückhaltend behandelte akute Erkrankung führt weniger oft zu chronischen Folgezuständen.

- Kritische und nur wirklich indizierte Anwendung von Antibiotika und Steroiden ist zu fordern!
- Eine schlankere, aber ebenso effiziente Primär-Medizin minimiert die Entstehung chronischer Krankheiten und trägt dadurch zur Kostensenkung bei.

Also:

- Reform der Ausbildung, nämlich:
- Vermittlung eines umfassenden, modernen, philosophisch und naturwissenschaftlich begründeten Menschenbilds. Grundwissen über Mensch, Natur und Welt und eine genaue Kenntnis des Biologischen im weiteren Sinn.
- Ferner Wissen über die Fakten von Gesundheit, Krankheit, adäquate Behandlungsformen (inkl. Komplementärmedizin) ohne Symptom-Unterdrückung muss vermittelt werden.
- Selektion derjenigen Studenten, die das oben geforderte Wissen erwerben und umsetzen können.
- Bedenkt auch die kurze Halbwertszeit medizinischen Wissens!

Also: Mut zum Hinterfragen einer bestehenden Doktrin! Indignez-vous!

Dr. Stephan von Arx, 4528 Zuchwil

- 1 Lüscher TF. Indignez-vous! Plädoyer gegen die Anpassung. *Cardiovascular Medicine*. 2011;14(12):335–8.

VARIA

Forschungspreis «Frau und Herz»

Die Herzstiftung Olten hat beschlossen, aus dem Legat Ida Tanner auch für das Jahr 2012 einen Forschungspreis von CHF 30 000.– für eine Forschungsarbeit auf dem Gebiet «Frau und Herz» auszusprechen. Eingereicht werden können Forschungsprojekte zum Thema «Kardiovaskuläres System und Frau», die bereits am Laufen oder erst in Vorbereitung sind. Bewerbungen für den Forschungspreis 2012 müssen bis 10. Juni 2012 eingereicht werden. Der Beitrag

von CHF 30 000.– ist als Anschubfinanzierung gedacht und soll auch mithelfen, die Erfolgchance bei der Einreichung des Projektes an andere Institutionen zu erhöhen. Zudem soll die öffentliche Preisverleihung in Olten im September 2012 mithelfen, durch ein nationales Medienecho das Bewusstsein für Herz- und Kreislaufkrankheiten bei Frauen in der Schweiz zu erhöhen und auf Defizite in diesem Bereich aufmerksam zu machen. Mit-

machen können alle Forschungsteams aus der Schweiz, welche in diesem Forschungsbereich tätig sind oder sein möchten.

Weitere Informationen und detailliertere Bewerbungsunterlagen erhalten Sie auf dem Sekretariat Herzstiftung Olten, Froburgstrasse 1, CH-4600 Olten oder per E-Mail über hugo.saner@hin.ch.