

Gesundheit zwischen Anspruch und Realität – aus der Sicht des Chirurgen

Volker Schumpelick, Stefan Willis

Jeder chirurgische Eingriff ist aus juristischer Sicht eine Körperverletzung, die ihre Strafbarkeit erst durch Aufklärung und Einverständnis des Patienten verliert. Allein dieser Sachverhalt sollte annehmen lassen, dass die Operation wirklich das allerletzte Mittel in der medizinischen Behandlungskette ist. Doch so ist es nicht.

In einer Gesellschaft, in der Gesundheit als das höchste Gut apostrophiert wird, sind alle Mittel zur raschen Wiederherstellung der Gesundheit recht, sei es auch eine Operation. Aus dem lebensbedrohlichen Eingriff wird ein kleiner Reparaturvorgang, den man in vielen Fällen sogar dem langwierigen konservativen Behandlungsversuch vorzieht, ganz nach dem Motto „Genuss sofort“. Der Patient hat zunehmend weniger Probleme mit dem Sachverhalt der Körperverletzung, sein mechanistisches Denken kanalisiert den Gesundheitwunsch auf den Chirurgen nach dem Motto „Schneid es mir raus, aber mach mich nicht krank“.

Sein Wunsch ist eine optimale, d. h. qualitativ hochwertige, dem Stand der Wissenschaft entsprechende medizinische Versorgung auf höchstem Niveau. Wenig interessieren ihn die Bedingungen der Aus- und Weiterbildung der ihn behandelnden ärztlichen und nichtärztlichen Mitarbeiter, deren zunehmende Arbeitsverdichtung, die sich verschärfenden Arbeitszeitgesetze sowie der daraus resultierende Personalmangel. Er will sofort behandelt werden, koste es was es wolle. Dieser Anspruch überstrahlt die

von ihm ausgeblendete Realität des Krankenhausalltags, beide klaffen weit auseinander.

Die Fortschritte der chirurgischen Technik, des perioperativen Managements und der Intensivmedizin haben die Durchführung ständig größerer Operationen mit immer geringerer Morbidität und Mortalität möglich gemacht. Dies führt zu der gesellschaftlichen Erwartung einer fast gesetzmäßig möglichen Heilung sämtlicher Erkrankungen. Hierin werden auch fortgeschrittene Tumorstadien, hohes Alter und sonstige Risiken unbedenklich einbezogen.

Am Beispiel des Dickdarmkrebses lässt sich die Kluft zwischen Anspruch und Realität am besten demonstrieren. Jeder weiß, dass eine sichere Heilung nur in den Frühstadien möglich ist. Dennoch kommen mehr als 70 Prozent unserer Patienten erst im fortgeschrittenen Stadium zur Behandlung und das, obwohl die Vorsorgeuntersuchung kostenlos, flächendeckend und risikolos vorgehalten wird. Tatsächlich wird sie leider nur von 30 Prozent der Frauen und 15 Prozent der Männer wahrgenommen. Theoretisch würden bei zuverlässig praktizierter Vorsorge die meisten Tumoren bereits im Stadium I und II entdeckt werden, praktisch überwiegen derzeit die Stadien III und IV. Dies bedeutet mehr als eine Halbierung der Prognose, denn die Sterblichkeit von 25.000 Menschen pro Jahr in Deutschland am Dickdarmkarzinom ließe sich halbieren, wenn die Vorsorge tatsächlich wahrgenommen würde (Abb. 1, S. 184).

Auch könnte man auf einen Großteil der additiven kostenintensiven Maßnahmen wie Strahlen-, Chemo- und Immuntherapie verzichten, da in Anfangsstadien die einfache Resektion völlig ausreicht. Nur bei fortgeschrittenen Stadien muss das ganze Spektrum der Krebstherapie in Anspruch genommen werden, ohne dass dies letztlich die Prognose statistisch erheblich verbesserte (Abb. 2, S. 184). Hieran können auch die modernsten diagnostischen Verfahren wie Spiral-CT, Kernspintomographie und Positro-

Abb. 1: Überlebenszeit beim kolorektalen Karzinom in Abhängigkeit vom Tumorstadium (aus: Schumpelick, Kurzlehrbuch Chirurgie, Thieme 2003)

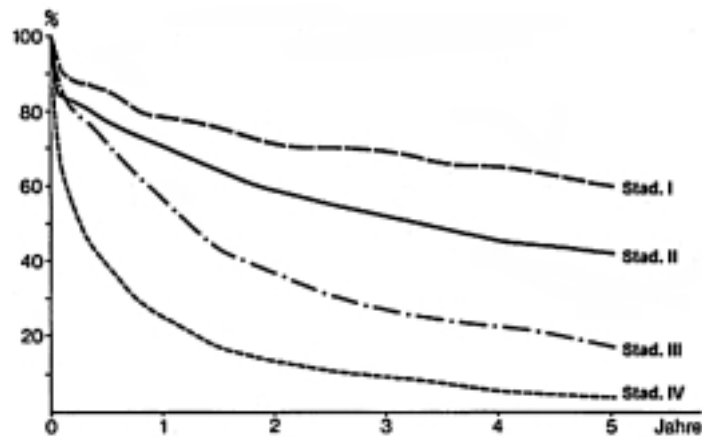
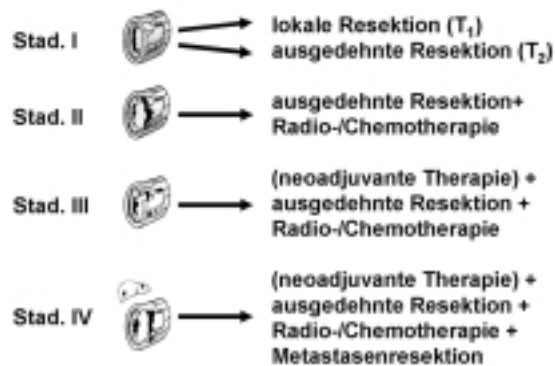


Abb. 2: Therapiestandards beim Rektumkarzinom in Abhängigkeit vom Tumorstadium

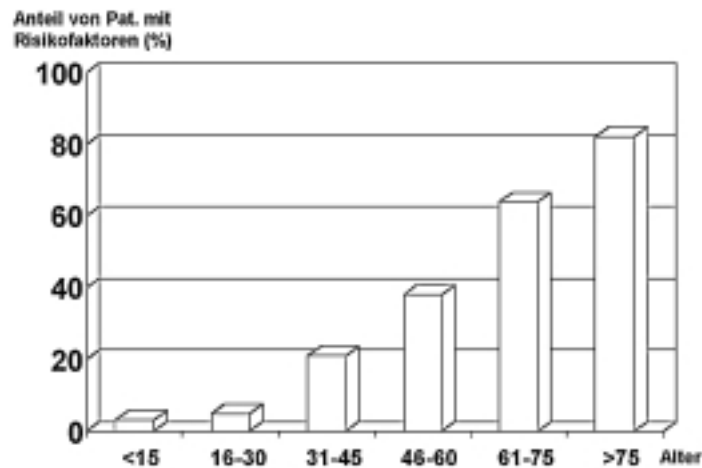


nenemissionstomographie oder andere nichts mehr ändern, ihr prognostischer Gewinn durch bessere Diagnostik beträgt im besten Fall 3–5 Prozent im Vergleich zu dem fast 50-prozentigen Prognosegewinn durch frühzeitige Diagnose aufgrund der Vorsorgeuntersuchung. Man wird es zwar keinem Patienten verdenken, wenn er im fortgeschrittenen Tumorstadium seine Hoffnung auf den Einsatz dieser modernsten Methoden setzt, doch die Realität straft diesen Anspruch Lügen. Nichts kann im fortgeschrittenen Stadium die vertane Chance wieder zurückbringen.

Ein anderer Aspekt, der gelegentlich und gerade auch in jüngster Zeit als Grenze der Behandlungspflicht diskutiert wurde, ist das Lebensalter. Wir sind eine alternde Bevölkerung mit jetzt schon über 25 Prozent der mehr als 65-jährigen. In 50 Jahren werden sie 50 Prozent der Bevölkerung ausmachen. Jeder zweite der über 65-jährigen wird sich im Laufe seines weiteren Lebens einer Operation unterziehen müssen, d. h. Chirurgie wird vor allem im Alter stattfinden, Chirurgie wird zur Alterschirurgie. Die Chirurgen haben sich zeitgerecht hierauf vorbereitet und halten nichts davon durch willkürliche Limitierung die Chancen der biologisch gesunden, um nicht zu sagen „jungen Alten“ leichtfertig zu vertun. Dennoch ist Chirurgie im Alter ohne Zweifel risikoreicher als in der Jugend. Die Erfahrung zeigt aber, dass nicht das numerische Alter den Patienten gefährdet, sondern das biologische Alter, d. h. das Vorhandensein von Risikofaktoren. Naturgemäß hat ein Patient mit 30 in der Regel kaum Risikofaktoren, während ein über 75-jähriger diese in mehr als 80 Prozent der Fälle aufweist, so z. B. Diabetes, Hypertonus, KHK, Übergewicht, chronische Lungenerkrankungen etc. (Abb. 3, S. 186).

Diese Risikofaktoren sind es, die letztlich das Risiko und die Letalität des Eingriffs bestimmen. In einem Alter von 65 klettert das Risiko des Eingriffs bei Vorliegen von vier Risikofaktoren auf 15 Prozent, liegt aber ohne Risiko-

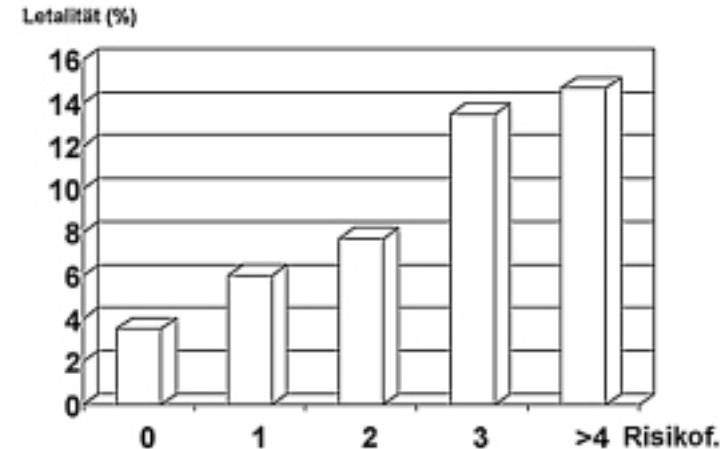
Abb. 3: Häufigkeit von Patienten mit Risikofaktoren in Abhängigkeit vom Lebensalter (Chirurgische Universitätsklinik der RWTH Aachen 1996)



faktoren nicht wesentlich höher als in der Jugend. Gleiches gilt aber auch für den 50-Jährigen, der mit vier Risikofaktoren möglicherweise besser eine Operation vermeiden sollte. Wir kennen derartige Patienten, denen wir trotz numerisch jugendlichem Alter die Operation verweigern mussten und haben andererseits schon viele über 100-Jährige mit gutem Erfolg operiert. Nur diese Erkenntnisse sollten die Indikation zur Alterschirurgie beeinflussen. Die Indikation muss sich an der Realität, d. h. am biologischen Alter orientieren, sie kann das numerische Alter weitgehend außer Acht lassen (Abb. 4, S. 187).

Eine Reihe von Erkrankungen lassen einen Zusammenhang zwischen persönlich zu beeinflussenden Risikofaktoren und den Ergebnissen der operativen Therapie erkennen. Beispielhaft seien erwähnt der Nikotinabusus und die Verschlussrate von Gefäßbypassen, Adipositas und die

Abb. 4: Letalität chirurgischer Eingriffe in Abhängigkeit von der Anzahl der Risikofaktoren bei über 65-jährigen Patienten (Chirurgische Universitätsklinik der RWTH Aachen 1996)



Rückfallquote von Baueingeweidebrüchen, die Haltbarkeit von Gelenkersatz und Überbelastung sowie die gesteigerte Abszessrate bei fortgesetztem Drogenabusus. Hier kollidiert die angestrebte optimale Therapie des Chirurgen mit der mangelnden Einsicht des Patienten und der verbreiteten Einstellung, auch ohne notwendige persönliche Verhaltensänderungen ein Anrecht auf maximale medizinische Leistung zu besitzen. Fehlerhaft ist in diesen Fällen eine zu großzügig gestellte Indikationsstellung, die diesem Anspruchsdenken Vorschub leistet. Man muss als Chirurg auch nein sagen können und die Gesellschaft muss lernen hierfür Verständnis zu haben.

Eine gravierende Differenz zwischen dem Anspruch des Patienten und der Realität der Chirurgie ergibt sich tagtäglich in unseren Ambulanzen. Aufgrund falscher Bewertung von Gesundheitsstörungen oder fehlender Gesundheits-

erziehung in den Schulen herrschen geradezu abenteuerliche, um nicht zu sagen mystische Vorstellungen über Körperfunktionen. Das Ausbleiben von Stuhlgang durch Austrocknung nach Leistungssport wird mit einem Darmverschluss gleichgesetzt, Kopfschmerzen nach Alkoholenuss sind auf einen Hirntumor verdächtig und ein Wespenstich mit leichter Rötung am Unterarm ist das sichere Zeichen einer lebensbedrohlichen Blutvergiftung. Dies führt dazu, dass Patienten mit Bagatellerkrankungen und Befindlichkeitsstörungen rund um die Uhr unsere Ambulanzen aufsuchen und ärztliche Leistung einfordern.

An einem willkürlich herausgegriffenen einzigen Wochenende hatte unsere chirurgische Ambulanz 266 nichtstationäre Patienten als Notfallindikation zu behandeln, von denen allein 80 ohne Risiko durch Hausmittel oder durch Vorstellung in der nächsten Sprechstunde bei ihrem Hausarzt hätten behandelt werden können. Hierbei handelte es sich um Prellungen, Schürfwunden, oberflächliche Schnittwunden, Insektenstiche und alte, schon seit Wochen bestehende Verletzungen sowie unklare abdominelle Beschwerden ohne eigentliche Symptome, deren Gründe eher im psychosomatischen Bereich lagen (Abb. 5, S. 189). Aus forensischen Gründen wurde in allen diesen Fällen eine lückenlose Dokumentation, Anamnese, klinische Untersuchung sowie Labor, Ultraschall und ggf. Röntgendiagnostik durchgeführt. Zum Teil bestanden die Patienten sogar auf einer Erweiterung der apparativen Diagnostik durch Computertomographie, NMR, Szintigraphie usw. nach dem Motto „Sind Sie sicher, Herr Doktor, dass mein Kopfbrummen (nach 10 Flaschen Bier am Vorabend) nicht doch ein Hirntumor sein kann? Ich mache Sie hierfür verantwortlich!“ Dieses Missverhältnis zwischen Anspruchshaltung und tatsächlich zugrunde liegender Erkrankung in der Realität der chirurgischen Ambulanz führt zu einer chronisch hohen Arbeitsbelastung des Bereitschaftsdienstes

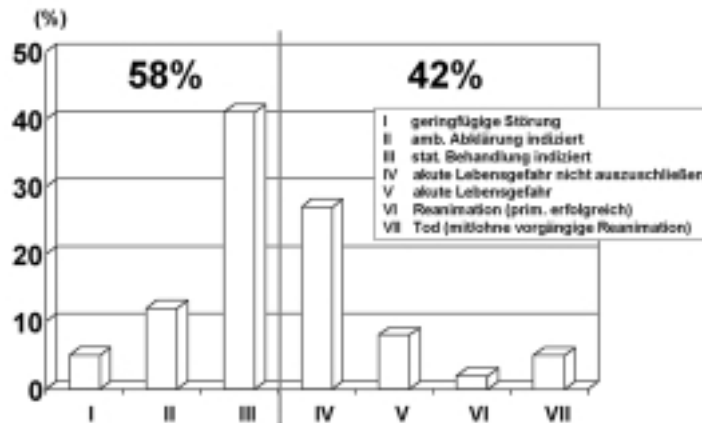
Abb. 5: Notfallkonsultationen der Chirurgischen Universitätsklinik der RWTH Aachen 18.7.–20.7.2003

Vorstellungsgrund	Notfallindikation	
	ja	nein
Polytraumen	7	-
Schädel-/Hirntrauma	23	-
Prellung/Verstauchung	46	47
Frakturen	42	-
Schürf-/Schnittwunden	43	8
Insektenstiche	-	4
alte Verletzungen	1	15
Abszesse/Infektionen	10	-
unklare Beschwerden	14	6

und bindet damit Ressourcen, die eigentlich zur Versorgung echter Notfälle dringend gebraucht würden.

Man könnte einwenden, dies sei eine negative Selektion von ambulanten, selbst eingewiesenen Notfallpatienten. Besser selektioniert sei die Situation des Notarztdienstes, wenn von Spezialisten des Notarztsystems über die Nummer 112 ein komplettes Rettungswagenteam und ein Notarztwagen aufgrund eines lebensbedrohlichen Zustandes die Patienten zuhause aufsuchen. Doch auch diese Bilanz ist ernüchternd, wie aus der eigenen Notarztstatistik zu ersehen ist. 58 Prozent der Patienten erfüllten nicht die Kategorie eines lebensbedrohlichen Zustands, nur 4 von 10 waren wirklich lebensbedrohlich erkrankt, d. h. bedurften tatsächlich der Notarztbehandlung (Abb. 6, S. 190). Aus eigenen, persönlichen Erfahrungen kann dies nur bestätigt werden; ein Extremfall war ein Patient, der mittags genüsslich seine Erbsensuppe löffelte während ihm vom Notarzt ein EKG abgeleitet wurde, weil er glaubte, einen Herzinfarkt zu haben. Dieser exemplarische Fall zeigt die Dis-

Abb. 6: Patientenverteilung im Notarzteinsatz (Notarzteinsatz der Stadt Aachen 7/2002 – 6/2003, n = 7032 Patienten)



krepanz zwischen Patientenanspruch und medizinischer Notwendigkeit am eindrucklichsten.

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass wir in Deutschland eines der leistungsfähigsten Gesundheitssysteme mit maximalen Ressourcen haben. Leider überbeanspruchen viele Patienten dieses System aufgrund übertriebener Heilungserwartungen, eigenem Fehlverhalten in der Vorsorge, fehlender Gesundheitserziehung, überschießendem Anspruchsdenken und letztlich selbst verschuldeten Erkrankungen. Soll das Gesundheitssystem nicht kollabieren, hat die Gesellschaft die Verpflichtung, dieses Anspruchsdenken auf ein der Realität entsprechendes Maß zurückzuführen.

Gesundheit um jeden Preis? Zur Begründungsproblematik der Genforschung

Martin Honecker

1. Allgemeine Bemerkungen zur Formulierung des Themas

Über den Begriff *Gesundheit* wurde bereits viel gesagt. Es gibt bekanntlich zwar tausend Krankheiten, aber nicht die eine Krankheit schlechthin. Im Blick auf Gesundheit ist es gerade umgekehrt: Man spricht nicht von Gesundheit in der Mehrzahl, sondern nur von der einen Gesundheit. Von einem Mehr oder Weniger an Gesundheit kann man reden, auch von schlechter, von fehlender Gesundheit. Aber die Diskussionen zeigen, dass Gesundheit schwer zu definieren ist, dass es unterschiedliche Auffassungen von Gesundheit gibt, und dass allenfalls eine pragmatische Definition, eine Verständigung darüber, in welchem Sinne man das Wort Gesundheit gebraucht, möglich ist. Auch wird Gesundheit unterschiedlich gesehen, je nach der Perspektive des Arztes, des Patienten, der Kostenträger, der Krankenkassen, der Öffentlichkeit. Dafür gibt es genug Belege, man denke nur an die jüngste Debatte um künstlich entdeckte und dann scheinbar wissenschaftlich legitimierte neue Krankheitsdiagnosen.

Preis ist von Hause aus ein ökonomischer Begriff. Die Erinnerung daran passt gut in den Zusammenhang der aktuellen Debatte um die Kostenfrage. Welchen Preis sind wir bereit, für eine Leistung zu zahlen? Was darf eine Therapie kosten? Wie viel ist uns die Gesundheit wert? Imma-