

## «Auch das Unterlassen von Massnahmen kann eine sinnvolle Möglichkeit sein»

### BERATUNG

#### Stationäre Hospitalisation nach Operation eines Carpal-Tunnel-Syndroms (CTS)

Herr Blum\* (90) war ein aktiver und rüstiger Rentner. Er wohnte in einer Alterssiedlung. Als begeisterter Bastler hatte er sich dort eine kleine Werkstatt eingerichtet, wo er täglich anzutreffen war.

Eine zunehmende Kraftminderung in der rechten Hand und nächtliche Schmerzen, die in den ganzen Arm ausstrahlten, schränkten ihn bei seinem Hobby sehr ein. Herr Blum suchte seinen Arzt auf, welcher ein CTS vermutete. Die neurologischen Abklärungen bestätigten den Verdacht. Herr Blum wurde an einen Handchirurgen überwiesen, der eine baldige Operation in der nahegelegenen Privatklinik empfahl.

In der Regel wird dieser Eingriff ambulant durchgeführt. Dem Patienten wurde wegen seinem vorgerücktem Alter, und weil er alleinstehend war, ein stationärer Aufenthalt für einige wenige Tage vorgeschlagen. Herr Blum willigte für eine stationäre Nachbehandlung ein.

#### Schwere Infektion mit multiresistenten Spital-Bakterien

Der Eingriff verlief komplikationslos. Auch postoperativ fühlte sich der Patient recht gut, die Beschwerden in der Hand waren bis auf einen Wundschmerz praktisch weg. Am zweiten postoperativen Tag fühlte sich Herr Blum plötzlich schlapp und niedergeschlagen. Kurze Zeit später litt er unter Schüttelfrost, das Fieber stieg an und Herr Blum hatte zusätzlich Mühe mit dem Atmen. Es wurde eine Lungenentzündung vermutet. Die eingeleitete Antibiotika-Therapie zeigte keine Wirkung. Die Therapie wurde umgestellt. Die weiteren Abklärungen zeigten multiresistente Spital-Bakterien (MRSA). Der Gesundheitszustand von Herrn Blum verschlechterte sich fulminant – es ging ihm wegen der im Spital erworbenen schweren Infektion rasant schlechter. Der vor dem Eingriff noch so aktive Senior verstarb an einer schweren Sepsis.

Die Frage bleibt: Wäre bei ambulanter Behandlung eine MRSA-Ansteckung ausgeblieben? Die verlängerte Hospitalisationszeit vergrösserte die Kontaktchancen mit den multiresistenten Spitalkeimen. Ein ambulanter Eingriff hätte dem rüstigen Rentner durchaus zugemutet werden können. •

Sabine Hablützel, Beraterin SPO

\* Name geändert

Dr. med. Johannes G. Schmidt ist Präsident der «Stiftung Paracelsus heute», Arzt für Allgemeinmedizin und Altchinesische Medizin. Zudem erforscht er als klinischer Epidemiologe den Nutzen der Medizin. Barbara Züst hat ihn zum Thema «Patientenkompetenz» befragt.

#### Die Schweizerische Stiftung SPO Patientenschutz und das Institut Dialog Ethik haben letztes Jahr in Zürich eine Veranstaltung zum Thema «Unnötige Medizin» durchgeführt. Wie erkennen Patienten unnötige Medizin und wie können sie sich davor schützen?

Unnötige Medizin ist nicht immer einfach zu erkennen. Viele Patienten spüren aber, dass ihnen das Wegmachen und ständige Kontrollieren von Krankhaftem nicht wirklich hilft. Unnötigerweise werden Gesunde und von selber Gesundende durch die Medizin oft krankgemacht, denn wir reden heute nur von krankhaften Befunden und Risiken und haben die Selbstheilung vergessen. Wir übersehen, dass Krankhaftes oft bloss eine statistische Normabweichung darstellt – in Wirklichkeit gibt es zum Beispiel kein normales und krankhaftes Cholesterin. Oder wir übersehen, dass vieles durch die Selbstheilung wieder in Ordnung kommt – so heilen beispielsweise gerissene Kreuzbänder von selber meist am besten. Patienten sollten dem eigenen Erkennen und Verstehen mehr trauen. Es gibt auch die Möglichkeit, Zweitbeurteilungen oder komplementärmedizinische Empfehlungen einzuholen.

#### Welche Tipps können Sie Patienten geben, was sie bei der Bewertung von Gesundheitsinformationen beachten sollen?

Informationen von Spezialisten, Krankheits-Ligen oder etwa der WHO enthalten fast immer trügerische Übertreibungen. Diese schauen Krankhaftes nur als Gefahr an, gegen die unbedingt etwas getan werden muss, auch wenn die Massnahmen nicht sicher nützen. Wertvoll sind Informationen, die Vor- und Nachteile von Massnahmen sorgfältig darstellen; insbesondere die genaue Häufigkeit von Vor- und Nachteilen und die genaue Veränderung von Nutzen und Risiken durch eine Massnahme. Informativ sind Angaben in Form von absoluten Unterschieden – also beispielsweise «die Therapie senkt das Krankheits-Risiko von 6 Prozent auf 4 Prozent = 2 Prozent Unterschied» – statt «die Therapie senkt das Risiko um 33 Prozent». Gute Informationen machen erkennbar, dass auch das Unterlassen von Massnahmen eine sinnvolle Möglichkeit sein kann.



Dr. med. Johannes G. Schmidt

**Was kann der Patient dazu beitragen, dass der Arzt weniger auf die Krankheit und ihre Symptome fokussiert, dafür mehr auf die gesamte Gesundheit?**

Der Patient muss sich in der Regel dafür wehren, weil die Spezialisierung dazu geführt hat, dass Krankheiten und Symptome meist das einzige Augenmerk der modernen Ärztinnen und Ärzte sind. Behandlungs-Richtlinien beruhen auf statistischen Durchschnittszahlen und nicht auf der Tatsache, dass Menschen mit der gleichen Krankheit ganz verschieden sind. Die genau gleiche Krankheit kann ganz verschiedene Verläufe nehmen. Ein Beispiel: Brustkrebs bleibt in über 70 Prozent versteckt und macht nie krank; wächst er sichtbar, kann er mehrheitlich überwunden werden – oder er führt zum Tod. Mit der modernen Brustkrebs-Bekämpfung hat sich daran nicht viel geändert, ausser dass es unnötigerweise etwa ein Drittel mehr Brustkrebspatientinnen gibt, die früher noch unbehelligt blieben. Der Patient muss lernen, sich von der Medizin nicht so viel Angst machen zu lassen, dann kann er seine eigenen Überlegungen und Vorlieben in die Verhandlung mit dem Arzt einbringen. Der Patient sollte auf sich selber hören und verstehen, dass die Medizin nie ganz genau weiss, was in seinem Fall hilft und ob es auch nachhaltig hilft.

**Die «Stiftung Paracelsus heute» will eine klinische Forschung der Gesundung voranbringen – als Ergänzung zur Krankheitslehre. Was ist damit gemeint?**

Die einen Menschen gesunden von einer Krankheit, die anderen geraten in eine Abwärts-spirale. Ist wirklich die Krankheit das Problem? Oder sind es die fehlenden Gesundheitskräfte? Welchen Einfluss haben Ängste, das Denken über sich und die Welt, Erschöpfung und die Ernährung? Wie sieht der natürliche klinische Verlauf einer Gesundung aus und wann gelingt diese? Im Grunde verlangt die evidenzbasierte Medizin seit über 20 Jahren eine Orientierung an gesundheitsbezogenen Forschungs-Endpunkten; nicht die Wirkung auf eine einzelne Krankheit, sondern die nachhaltige Wirkung auf die gesunden Fähigkeiten des ganzen Menschen ist entscheidend.

**Sie sagen, dass nicht der Schweregrad der Organschädigung, sondern der Schweregrad der Fähigkeitsstörung entscheidend sei.**

Moderne MS-Medikamente etwa haben keine Auswirkung auf die Mobilität, auf die Fähigkeiten des Patienten; sie verringern nur die Zahl der Schübe innerhalb der kurzen Zeit von zwei Jahren. Ob die Fähigkeiten des Patienten besser erhalten bleiben oder ob auf Dauer schädliche Auswirkungen überwiegen, ist nicht untersucht. Wir wissen beispielsweise, dass viele Diabetiker mit neuen Medikamenten, mit denen sich schönere Zuckerkwerte erzielen liessen, geschädigt worden sind; erst richtige Studien haben gezeigt, dass diese scheinbare Verbesserung häufiger zum Tod führt. Das herkömmliche Denken der Medizin will Organ-Abnormitäten verbessern; deshalb hat sie grosse Mühe zu begreifen, dass solche Verbesserungen nicht automatisch gut für den Patienten sind. Andererseits führen selbst ausgedehnte Organschädigungen wie etwa Bandscheibenvorfälle nicht immer zu Beeinträchtigungen. •

*Barbara Züst, Co-Geschäftsführerin SPO*

**POLITIK**

**Keine IV-Rente als Taschengeld für Gutverdienende!**

Die Invalidenversicherung hat als Volksversicherung den Zweck, allen Versicherten die verbleibenden ökonomischen Folgen der Invalidität im Rahmen einer angemessenen Deckung des Existenzbedarfs auszugleichen. So weit, so gut. Das Berechnungssystem bevorteilt aber Gutverdienende. Ein Top-Manager, der vor einer Gesundheitsschädigung ein Einkommen von 400 000 Schweizer Franken hatte und nach seiner Reintegration in einer einfacheren Leitungsfunktion immer noch ein «Invalideneinkommen» von 200 000 Franken erhält, hat wegen der finanziellen Einschränkung das Recht auf eine halbe IV-Rente.

Weniger Verdienende erhalten demgegenüber keine IV-Rente, weil die Differenz des vor der Behinderung erzielten Lohnes und des meist auch nur theoretisch möglichen Einkommens zu klein ist und es deshalb oft nicht einmal zu einer Teilrente reicht. Diese Praxis, die auf den Lohnstrukturgegebenheiten der 50er-Jahre des letzten Jahrhunderts beruht, kann von der Bevölkerung nicht mehr verstanden werden.

**Fragen an den Bundesrat**

Hier einige an den Bundesrat gestellte Fragen: Stimmen obige Ausführungen über die Bemessung der Renten? Ist er sich der Problematik bewusst und bestehen allenfalls bereits Vorstellungen, wie eine bessere Regelung aussehen könnte? Welche Anpassungen sind notwendig, damit künftige IV-Rentenleistungen nur noch an Personen ausgerichtet werden, die ihren Existenzbedarf auch nach Eintritt eines Gesundheitsschadens nicht ohne weiteres mit einem Erwerbseinkommen sichern können? Wie viele Personen mit einem Invalideneinkommen von mehr als 120 000 Franken sind Bezüger einer IV-Rente? Die letzte Frage hat der Journalist Roger Nufer bereits recherchiert: Es sind 1800 Personen, davon drei, die ein Einkommen von über einer Million Franken beziehen. Die restlichen Fragen sind noch nicht beantwortet. •

*Margrit Kessler*