

Die neuen Irrtümer der Medizin ...

... und was man aus ihnen lernen kann

Irren kann man sich in einer Sache nur einmal. Erst die Macht der Gewohnheit macht aus Irrtümern (wiederholte) Fehler. Der Glaube an die kleine allabendliche chemische Schlafhilfe beispielsweise ist ein Irrtum, Patienten über Jahre hinweg ungeprüft Schlafmittelrezepte auszustellen ein Therapiefehler. Gegen Irrtümer hilft Erkenntnis, gegen Fehler Verhaltensänderung. Der Beitrag greift sechs Dynamiken auf, die verschiedenste Irrtümer miteinander teilen: Häufigkeiten werden unterschätzt, Qualitäten falsch verstanden, Prioritäten falsch gewichtet, Objektivität und Subjektivität verwechselt sowie Massnahmen falsch verortet. Von diesem «kleinsten gemeinsamen Nenner» lassen sich Anti-Irrtum-Schutzfaktoren ableiten.

Christian Larsen

1. Irrtum: Medizinische Irrtümer werden seltener

Amerika: Im teuersten Gesundheitswesen der Welt sterben gemäss Institut of Medicine IOM (Benjamin GC, 2000) jedes Jahr 44 000 bis 98 000 Menschen in Amerikas Spitälern, was einem Jumbo-Crash pro Tag entspricht und medizinische Therapiefehler statistisch zur achthäufigsten Todesursache avancieren lässt. Diese Zahlen sind heftig umstritten, da beispielsweise nur ein relativ geringer Prozentsatz dieser meist schwerkranken Patienten die nächsten drei Monate überlebt hätte. Dennoch: Bis zu 100 000 Tote lassen ein Vielfaches an nicht tödlichen Komplikationen durch Medikamente, Dekubitus, Infekte, Mangelernährung, unnötige Prozeduren und Kunstfehler vermuten.

Schweiz: Der «Sonntags-Blick» vom 27.10.2007 titelte in reisserischer Aufmachung: «Pfusch in Schweizer Spitälern, jeden Tag drei Tote». Das macht 1000 Tote pro Jahr bei hochgerechnet 50 000

kritischen Zwischenfällen. Die «Sonntags-Zeitung» hatte die unerkannten Killer schon Jahre zuvor gezeigelt (21.9.2003) und vor mindestens 600 Toten pro Jahr allein durch ungewollte Arzneimittelnebenwirkungen gewarnt. Die offiziellen Schätzungen für Schweizer Spitälern reichen von 1 Promille bis zu 1 Prozent iatrogenen Todesfälle pro Jahr. Soweit Zahlen verfügbar sind, werden für das angrenzende Europa Kennzahlen gleicher Grössenordnung postuliert.

Erkenntnis: Therapieerfolge und Therapiefehler liegen systembedingt eng beieinander – das war schon immer so. Neu ist das Ausmass! Spitälern – und vielleicht bald auch Arztpraxen – sind dabei, zu gefährlichen Orten zu mutieren.

2. Irrtum: Unsicherheit ist der Vorläufer des Irrtums

Kortison: Während Jahrzehnten wurde hoch dosiertes Kortison routinemässig beim Schädelhirntrauma zur Hirnödemprophylaxe eingesetzt. 1997 lässt eine erste Metaanalyse Zweifel aufkommen. Es folgt eine gross angelegte Studie



Steckbrief

Dr. med. Christian Larsen ist ärztlicher Leiter des Spiraldynamik Med Center in Zürich, Bestsellerautor und Mitbegründer der Spiraldynamik – eines anatomisch-funktionellen Bewegungs- und Therapiekonzepts.

(Sauerland S, 2004): 10 000 Schädelhirnverletzte wurden im Zeitraum 1999 bis 2004 untersucht. Die eine Gruppe erhielt Steroide, die andere Placebo. Die Sterblichkeit zwei Wochen nach dem Unfall war in der Kortisongruppe signifikant höher. Das bedeutet möglicherweise Tausende unnötiger Toter. Die Interpretation der Studienergebnisse sorgt für anhaltende Verwirrung.

Defibrillator: Dank implantierbarem Defibrillator nach Herzinfarkt konnte die durch Herzrhythmusstörungen bedingte Anzahl Todesfälle signifikant gesenkt werden. Die Kehrseite der Medaille: Die Gesamtmortalität nahm um 8 Prozent zu (Hohnloser DH, 2004).

Hysterektomie: Jede zweite Hysterektomie bei über 40-Jährigen zieht in den USA eine prophylaktische Eierstockentfernung mit sich, immerhin 300 000 Eingriffe pro Jahr. Wissenschaftliche Evidenz für den gesundheitlichen Nutzen dieser Art von Ovarialkarzinomprävention gibt es nicht. Im Gegenteil (Parker WH, 2007): Frauen unter 65 Jahren scheinen davon zu profitieren, wenn die Eierstöcke drinbleiben. Auf jeden verhinderten Tod durch Eierstockkrebs kommen 18 zusätzliche Todesfälle durch Herzinfarkt und 3 weitere durch Schenkelhalsfrakturen.

Erkenntnis: Die drei Beispiele zeigen, wie scheinbar stabile medizinische Wahrheiten durch Endpunktstudien über Nacht infrage gestellt werden können. Der retrospektiven Einsicht «Das war ein Irrtum» steht die Schwierigkeit gegenüber, gewohntes Wissen infrage zu stellen. Insbesondere wenn ein «Infragestellen» kontra-intuitiv erscheint, sind Vorbehalte angebracht.

3. Irrtum: Das Gesundheitswesen ist der Hauptakteur für die Volksgesundheit

Das Ringen der Gesellschaft um die individuelle und die kollektive Gesundheit ist vielschichtig. Einkommen, Bildung, Lifestyle, genetische Faktoren, demografische Entwicklung, Unterschiede zwischen Stadt und Land, Angebotsstruktur, Anreizsysteme, sozioökonomische wie politische Rahmenbedingungen haben oft mehr Einfluss auf die Gesundheit als das Gesundheitswesen selbst. Die aktuelle gesundheitspolitische Merkformel der persönlichen Gesundheitserhaltung lautet (Sax A, 2008):

- Status und Lifestyle liegen mit knapp 50 Prozent an der Spitze
- es folgen Umwelt und Genetik mit je 20 Prozent Einfluss
- das Gesundheitswesen selbst trägt magere 10 bis 15 Prozent zur Gesundheitserhaltung bei!

Erkenntnis: Prävention ist der verlängerte Arm der Therapie. Möglicherweise ist das präventive Engagement vieler

Ärzte bereits heute wichtiger als ihre klassisch kurative Tätigkeit.

4. Irrtum: Befindlichkeiten sind Nebensache

Schulmedizin: Diese fokussiert primär auf Krankheiten und ihre Risiken, die Befindlichkeit spielt dabei eine untergeordnete Rolle. Die Spezialisierung des Arztes entpuppt sich als wichtiger Einflussfaktor bei der Festlegung des diagnostisch-therapeutischen Vorgehens (Fullen BM, 2008). Gehen Sie mit Rückenschmerzen wahlweise zum Grundversorger, zum Wirbelsäulenchirurgen, Psychologen oder zum Chiropraktor? «Who you see is what you get!» Auf Deutsch: «Sag mir, zu wem du gehst, und ich sage dir, was du bekommst!» Die Häufigkeiten von Bandscheibenoperationen beispielsweise sind erwiesenermaßen regional unterschiedlich: Wo operiert werden kann, wird auch mehr operiert.

Komplementärmedizin: Hier steht die Befindlichkeit des Patienten im Zentrum von Gespräch, Untersuchung, Diagnostik und Therapie. Akupunktur und Homöopathie beispielsweise sind eine Art funktioneller und befindlichkeitsorientierter Syndromdiagnostik. Kein Wunder, fühlen sich Patienten hier gut aufgehoben! Eine Studie hat die Beweggründe von Patienten in ländlichen Gebieten der Schweiz unter die Lupe genommen (van der Weg F, 2003): 83 Prozent wollen selber einen Beitrag zu ihrer Genesung leisten und fühlen sich damit besser. Für 50 Prozent war die Tatsache ausschlaggebend, dass komplementär-medizinische Methoden wenige bis keine Nebenwirkungen zeitigen. Und nur 10 Prozent waren von der Schulmedizin enttäuscht.

Erkenntnis: Eine patientenzentrierte Medizin muss subjektive Befindlichkeiten strategisch berücksichtigen, um auf dieser Grundlage die individuelle Bereitschaft «selber etwas aktiv beitragen zu können» systematisch fördern und einfordern zu können.

5. Irrtum: Placeboeffekte gilt es zu minimieren

Placebo mit Placebo: Placeboeffekte gibt es heute mit und ohne Placebo! Die klassische Variante - mit Placebo: Patienten bekommen wiederholt ein Schmerzmittel verabreicht, bereits nach kurzer Zeit entstehen Erwartungshaltung und Konditionierung. Beim dritten oder vierten Mal wird das Schmerzmittel durch ein Placebo ersetzt und mit der Wirkung des Verums verglichen. Das Resultat: Das Placebo wirkt schwächer als das Verum, aber es wirkt. Durch den Glauben an die Wirkung werden Endorphine freigesetzt, diese können durch Opioidantagonisten unterbrochen werden.

Placebo ohne Placebo: Seit ein paar Jahren rücken Kontextfaktoren in den Brennpunkt der Placeboforschung (Colloca L, 2004). Dabei werden offene und versteckte Infusionen von Schmerzmitteln miteinander verglichen. Bei der offenen Applikation wird das Schmerzmittel von der Krankenschwester für den Patienten erlebbar im üblichen Ritual gespritzt. Bei der versteckten Applikation wird das Schmerzmittel durch den Computer versteckt und irgendwann appliziert - der Patient bekommt das Verum, aber ohne es zu wissen! Die versteckte Applikation geht mit einem massiven Wirkungsverlust des Schmerzmittels einher.

Anatomie des Placeboeffekts: Eine noch ofenwarme Studie der Harvard Medical School in Boston (Kaptchuck TJ, 2008), publiziert im «British Medical Journal», verdeutlicht das differenzierte Innenleben des Placeboeffekts: 1 Gruppe nahm ohne Behandlung an der Studie teil, Gruppe 2 erhielt Scheinakupunktur und Gruppe 3 zusätzlich starke empathische Zuwendung vonseiten des Therapeuten. Keine der drei Gruppen erhielt eine «echte Therapie», alle drei Gruppen erhielten Placebos - aber in unterschiedlicher Intensität, Zusammensetzung und Ausrichtung. Die beeindruckenden Erfolgsraten: Gruppe 1: 28 Prozent; Gruppe 2: 44 Prozent; Gruppe 3: 62 Prozent.

Erkenntnis: Eine positive Erwartungshaltung generiert Wirkung trotz fehlendem Wirkstoff. Und umgekehrt: Die fehlende positive Erwartungshaltung raubt selbst echten Wirkstoffen einen Teil ihrer Wirkung. Fazit: Die gezielte Nutzung des Placeboeffekts als potenter und nebenwirkungsfreier Therapieverstärker gehört möglicherweise schon bald ins Pflichtenheft des Arztes.

6. Irrtum: Prozessoptimierung ist die wichtigste Massnahme zur Fehlervermeidung

Die konkreten Massnahmen gegen die neuen Irrtümer lassen sich in zwei Kategorien unterteilen. Die taktischen Massnahmen konzentrieren sich auf die sorgfältige Überprüfung und Optimierung aller Indikationen, Interaktionen und Prozessabläufe – heute schon fast eine Selbstverständlichkeit. Die strategischen Massnahmen suchen eine bewusste Neuausrichtung von Werten und Prioritäten. Zukunftsfähige Eckpfeiler der Medizin sind beispielsweise:

- Eine **patientenzentrierte Medizin** muss die subjektive Befindlichkeit und den Wunsch, selber etwas aktiv beitragen zu können, systematisch berücksichtigen. Eigenverantwortung wird so konkret gefordert und gefördert.
- **Prävention** ist der verlängerte Arm der Therapie mit den besten Chancen

auf Nachhaltigkeit. Gelebtes Patienten-Empowerment stellt die uralte Allianz zwischen Patient und Arzt wieder her.

- Das **Primat Primum nihil nocere** bedarf einer Revitalisierung. Ärzte und Spitäler sind zu Risikofaktoren für Gesundheit und Leben mutiert. Angemessene Zurückhaltung bei risikobehafteten diagnostischen und therapeutischen Verfahren ist angesagt.
- Die gezielte Nutzung des **Placeboeffekts** als potenter und nebenwirkungsfreier Therapieverstärker in der klinischen Praxis gilt es, wertfrei und vertieft zu erforschen.

Erkenntnis: Mit den Qualitätsmerkmalen patientenzentriert, präventiv, risikobewusst und plazebostark kann sich die Schulmedizin neu positionieren und gegenüber komplementär-medizinischen Berufsgruppen an Attraktivität gewinnen, um das Vertrauen der Patienten als wichtigsten Verbündeten neu zurückzugewinnen. ■

Anschrift des Autors:
Dr. med. Christian Larsen
FMH Allgemeine Medizin
Spiraldynamik Med Center
Restelbergstrasse 27, 8044 Zürich
E-Mail: christian.larsen@spiraldynamik.com

Interessenkonflikte: keine deklariert

Literatur:

Benjamin GC: Addressing medical errors – the key to a safer health care system. *Physician Exec.* 2000 Mar–Apr; 26 (2): 66–67.

Colloca L, Lopiano L, Lanotte M, Benedetti F: Overt versus covert treatment for pain, anxiety, and Parkinson's disease. *Lancet Neurol.* 2004 Nov; 3 (11): 679–684.

Floret N, Viel JF, Mauny F, Hoen B, Piarroux R: Negligible risk for epidemics after geophysical disasters. *Emerg Infect Dis.* 2006 Apr; 12 (4): 543–548.

Fullen BM, Baxter GD, O'Donovan BG, Doody C, Daly L, Hurley DA: Doctors' attitudes and beliefs regarding acute low back pain management: A systematic review. *Pain.* 2008 Jun; 136 (3): 388–396. Epub 2008 Apr 18.

Hohnloser SH, Kuck KH, Dorian P, Roberts RS, Hampton JR, Hatala R, Fain E, Gent M, Connolly SJ: DINAMIT Investigators: Prophylactic use of an implantable cardioverter-defibrillator after acute myocardial infarction. *N Engl J Med.* 2004 Dec 9; 351 (24): 2481–2488.

Kaptchuk TJ, Kelley JM, Conboy LA, Davis RB, Kerr CE, Jacobson EE, Kirsch I, Schyner RN, Nam BH, Nguyen LT, Park M, Rivers AL, McManus C, Kokkotou E, Drossman DA, Goldman P, Lembo AJ: Components of placebo effect: randomised controlled trial in patients with irritable bowel syndrome. *BMJ.* 2008 May 3; 336 (7651): 999–1003. Epub 2008 Apr 3.

Kirkley A, Birmingham TB, Litchfield RB, Giffin JR, Willits KR, Wong CJ, Feagan BG, Donner A, Griffin SH, D'Ascanio LM, Pope JE, Fowler PJ: A randomized trial of arthroscopic surgery for osteoarthritis of the knee. *N Engl J Med.* 2008 Sep 11; 359 (11): 1097–1107.

Parker WH, Broder MS, Liu Z, Shoupe D, Farquhar C, Berek JS: Ovarian conservation at the time of hysterectomy for benign disease. *Clin Obstet Gynecol.* 2007 Jun; 50 (2): 354–361.

Sauerland S, Maegele M: A CRASH landing in severe head injury. *Lancet.* 2004 Oct 9–15; 364 (42): 1291–1292.

Sax A: Bildung hält gesund. SGGP Schweizerische Gesellschaft für Gesundheitspolitik, Schweizerische Ärztezeitung 2008; 89 (45): 1976.

Van der Weg F, Streuli RA: Use of alternative medicine by patients with cancer in a rural area of Switzerland. *Swiss Med Wkly* 2003; 133: 233–240.