



Dr. Max Wudy

Sterben auf der Warteliste

Warum das beste Gesundheitssystem vor allem eine Frage der Mengenlehre ist

Als ich vor langer Zeit, es war glaube ich im Jahre 1988 oder 1989, das Buch von Walter Krämer „Wer leben will, muss zahlen“ las, war ich entsetzt. So ein zynischer Umgang mit Krankheit und Leiden machte mir Angst, war ich doch ein junger und idealistischer Arzt, erst zwei oder drei Jahre in der Praxis und im tiefen Glauben, dass alles noch besser würde.

Beim zweiten Durchlesen kam bereits Erleichterung auf, beschrieb doch Professor Krämer vorrangig das deutsche System, das bekanntlich Lichtjahre vom besten Gesundheitssystem der Welt entfernt ist.

„Dies ist kein Buch über die Krise der modernen Medizin. Es ist ein Buch über ihren Triumph“, schreibt der Autor im Vorwort.

„Aber der Triumph ist teuer geworden. Er verursacht Kosten, die weit aus stärker gestiegen sind als die Kosten in anderen Lebensbereichen und die weiterhin überproportional steigen werden - wenn die Menschen, ihre Ärzte und ihre Gesundheitspolitiker nicht eine Besinnungspause einlegen und die Pause zu einer Umorientierung in Richtung Selbstbescheidung nutzen. Der Fortschritt der Medizin, das technisch Machbare der Medizin hat nämlich zu Anspruchshaltungen geführt, die ökonomisch nicht durchzuhalten sind - selbst dann nicht, wenn die Menschen alle anderen Ansprüche aufgeben und ihr ganzes Geld nur noch für Gesundheitsleistungen ausgeben.“

Krämer schreibt daher: *„Ich betrachte das Gesundheitswesen im folgenden durch die Brille der Wirtschaftswissenschaft.“*

Ökonomisch ist Gesundheit ein knappes Gut, und Ökonomie ist die Wissenschaft von der Knappheit. Der eigentliche Bedarf nach diesem knappen Gut ist erst mit den Erfolgen der Medizin entstanden. Und da sie immer erfolgreicher wird, steigt auch der Bedarf, und zwar ins nahezu Unermessliche, denn leben will jeder.

„Solange aber im Gesundheitswesen nach dem Grundsatz verfahren wird, Anspruch und Recht auf Leben gingen so weit, dass alles zu tun sei, um das Leben eines jeden, koste es, was es wolle, zu erhalten, steigt der Bedarf - anders als bei anderen knappen Gütern, wo ein solcher weitgehender Grundsatz nicht herrscht - letztlich ins Grenzenlose.“

Doch dieser Bedarf ist, wie Krämer höchst anschaulich und lebendig beschreibt, auf die Dauer nicht bezahlbar. Einschränkungen sind unumgänglich: *„Wir befinden uns unwiderruflich auf dem Weg zur Rationierung in der Medizin. Die Menschen verhalten sich, als sei das knappe Gut Gesundheit eigentlich nicht knapp, sondern im Überfluss konsumierbar.“*

Ich denke seit dieser Zeit immer an dieses Buch zurück, wenn wieder eine noch vor kurzem undenkbare Grenze überschritten wird: Jetzt haben wir Seite 34 des Buches erreicht, jetzt Seite 55.

Zwei Vorfälle, die in letzter Zeit passierten und auf die ich später zurückkommen möchte, veranlassten mich, das Buch zu suchen, um es wieder zu lesen. Nach nur wenigen Tagen Suche, kein Wunder bei unseren fast zehntausend Büchern, verschlang ich das kleine Buch (rund 160 Seiten) an einem Abend. Von Zynismus fand ich keine Spur mehr, im Gegenteil, manche Prophezeiungen erwiesen sich als zu harmlos, wurden also von der Realität und gerade auch in Österreich überholt. Überholt allerdings ganz anders, als Professor Krämer vorhersagte. Bevor ich darauf eingehe, nun zu den angekündigten zwei Fällen aus meiner Praxis, beide im Jahr 2015 geschehen, also 33 Jahre nach der Erstveröffentlichung des obigen Buches.

Fall 1: Im März stand ich in der Trafik an der Kasse, ein paar Foto- und Computerzeitungen in der Hand. Neben mir stand ein langjähriger Patient in meinem Alter. Ich begrüßte ihn und erschrak ob der fahlen, gelben Gesichtsfarbe. Du gefällst mir nicht, Walter, meinte ich, komm bitte morgen früh in meine Ordination zur Untersuchung und Blutabnahme. Eigentlich hätte ich mir die BA schenken können, die „fünfplus“ Bili waren fix, aber ich wollte mit meinem Patienten reden und ihn klinisch untersuchen.

Die klinische Untersuchung und das Blutbild am nächsten Tag bestätigten meine Befürchtungen, eine massive Anaemie und ein hochgradiger Ikterus. Ich schickte den Patienten sofort ins Krankenhaus, wo eine Kompression des Choledochus von außen, wahrscheinlich durch einen Tumor festgestellt wurde. Mittels ERCP und Stent wurde die Engstelle beseitigt, ein paar Konserven verabreicht und der Patient entlassen - mit den klassischen Sätzen: „Ihr Hausarzt klärt die Ursache ab, er weiß eh, wie das geht“. Und hier begann, wie jeder Kassenarzt bereits ahnt, das Problem. Das Terminproblem, das einzig ökonomisch bedingt ist. Doch dabei blieb es nicht. Nach kaum vier Wochen hatte ich einen MR Befund, schneller ging es trotz mehrerer Interventionen nicht, ein isoliertes Pankreasarzinom, gut lokal abgegrenzt, ohne nachweisbaren Metastasen ergab der Befund. Ich überwies Walter sofort an eine Spezialabteilung zur eventuellen OP. Zu diesem Zeitpunkt hatte sich mein Patient hervorragend erholt, zumindest klinisch stand einer OP nichts im Wege. Nach wenigen Tagen war Walter wieder da, das Tumorboard brauchte zusätzliche Befunde. Mein Anruf im Krankenhaus war frustrierend, ich sollte doch froh sein, dass sie meinen Patienten überhaupt behandeln, er komme ja schließlich aus einem anderen Bundesland. Meine Antwort erspare ich hier, sie ist jedoch leicht zu erraten. Wieder verging über ein Monat, bis endlich alle gewünschten Befunde zusammengetragen waren,



noch immer zeigte sich ein meiner Meinung nach gut operabler TU ohne Streuung. Sofort schickte ich meinen Patienten wieder ins KH, diesmal überzeugt, ihn in einigen Wochen operiert zu sehen. Groß war meine Überraschung als mir Walter nach bereits zwei Tagen mitteilte, alles werde im Tumorboard besprochen, er erhalte Nachricht. Mehrmals wöchentlich suchte er mich nun auf, seine Verzweiflung wuchs zusehend und er bat mich immer wieder um Hilfe. Mit jedem Anruf stieg auch meine Verzweiflung: Herr Professor X ist derzeit auf Urlaub, Frau Professor Y ist krank, die MR Bilder wurden zur Supervision weitergeleitet etc.. Nach zehn Wochen, also viereinhalb Monate nach der Erstdiagnose, erhielt mein Patient die Einberufung zur OP und wieder vergingen nur wenige Tage bis zum Wiedersehen, das stationäre präoperative MR hätte einen Schatten auf der Leber gezeigt, daher wird der Fall noch einmal im Tumorboard besprochen, eine „Chemo“ sei bereits geplant. Nach weiteren zwei quälenden Wochen erhielt mein Patient endlich die erste Serie, die er leider so schlecht vertrug, dass er sich entschloss, die Therapie abbrechen. Walter wandte sich in der Folge an einen wunderheilenden Alternativmediziner, der versprach, den Krebs mit der Medizin der Schamanen zu heilen. Nach nur wenigen Wochen bat mich seine Frau um einen Hausbesuch, es gehe ihm sehr schlecht. Ich fand einen sterbenden, schmerzgeplagten Patienten ohne schulmedizinische Therapie. Der „Schamane“ meinte, die Schmerzen und der schlechte AZ seien die „Krisis“ (der Schamane spricht anscheinend Latein) und gehörten zur Heilung. Ich begann sofort mit dem WHO Stufenschema und stieg nach wenigen Tagen auf starke Opioide um. So konnte ich zumindest Schmerzarmut erreichen, die bis zu seinem Tod Anfang November anhielt.

Fall 2: Mitte Oktober suchte mich ein 68jähriger Patient auf, mit plötzlichen Schmerzen im rechten OB. Die Anamnese und die klinische Untersuchung ließen mich sofort an einen Kapseldehnungsschmerz der Leber denken. Die sofort abgenommene LFP war unauffällig, die noch am gleichen Tag durchgeführte Sono ebenfalls. Da die Schmerzen trotz Therapie sogar zunahmen, empfahl ich ein Oberbauch CT. Mitte Dezember, also nach sieben Wochen war der früheste Termin, den meine Sekretärin ergattern konnte, verknüpft mit dem Hinweis, es nütze auch nicht, wenn der Herr Doktor selber anrufe. Mittels Infusionen und Analgetika konnte ich den Patienten schmerzarm halten. Kurz vor Weihnachten erschien mein Patient mit dem Befund: Ausgedehnte Lebermetastasen bei Verdacht auf Pankreas carcinom. Ich besprach den Befund mit meinem Patienten und schickte ihn zur weiteren Abklärung ins nächste Krankenhaus.

Die Zukunft wird zeigen, ob diese Entscheidung besser war als die Einbeziehung einer (über)spezialisierten Klinik.

Ich weiß natürlich nicht, ob eine frühere Diagnose therapeutisch irgendetwas gebracht hätte, menschlich hätte es in beiden Fällen einen riesigen Unterschied gemacht. Dass der erste Patient das Vertrauen in die Medizin verloren hat, ist ihm natürlich nicht übelzunehmen, ich hege sogar vollstes Verständnis für diesen Schritt, besser und nachhaltiger als in diesem Fall hätte man das Vertrauen gar nicht zerstören können.

Aus ökonomischen Gründen wird also die Medizin in Österreich eingeschränkt, nicht nur in der Radiologie, sondern überall. Es werden OP Kapazitäten zurückgefahren, die Ressourcen an handelnden Personen werden überall vermindert und gleichzeitig verkauft man dem Steuer- und Beitragszahler das zusammenbrechende System als das beste der Welt. Anscheinend hat sich die Welt auf den Horizont der Verantwortlichen reduziert, denn setze ich die Vergleichsmenge gegen Null, schafft es fast jedes System, das Beste zu sein. Ich schreibe diesen Artikel am Neujahrstag in der Hoffnung, dass die Politik im „Neuen Jahr“ endlich aufwacht und den Patienten und Ärzten zuhört. Es darf in einem hochentwickelten System einfach nicht vorkommen, dass Patienten auf der Warteliste simpler Untersuchungen sterben.

Zurück noch einmal zum Schamanentum in der modernen Medizin. Was mich besonders verbittert, ist der Vertrauensverlust, den die moderne Medizin durch solch sinnlose Verzögerungen erlitt und erleiden wird. Um bei den Indianern zu bleiben, den Dakotas wird ein Spruch zugeschrieben, dass man absteigen soll, wenn man entdeckt, dass man ein totes Pferd reitet. Ich glaube diesen Spruch nicht ganz, die Dakotas als Naturvolk waren sicher nicht so blöd, dass sie nicht wussten, wann ein Pferd tot ist, und dass es tot bleibt. Ganz anders schaut es jedenfalls in unserem Gesundheitssystem aus. In diesem werden Personen aufs Pferd gesetzt, die weder die Funktion eines Pferdes kennen noch die Qualifikation haben, den Zustand des Pferdes auch nur annähernd einzuschätzen. Statt die „Reiter“ zu schulen, bedient man sich lieber Hilfsmitteln wie PHC-Gesetze, Orwellsche Überwachung der Wiener Kollegen im Nachtdienst und vieles mehr, um einen bequemen Sattel zu konstruieren, denn der Ritt wird ziemlich lange dauern, zumindest so lange, bis das Pferd gänzlich verfault ist.

DR. MAX WUDY

Kurienobmann-Stellvertreter der niedergelassenen Ärzte