Wir veranstalten am 22. Mai 2015, einem Freitag Nachmittag, in den Räumen der Berliner Repräsentanz der Robert-Bosch-Stiftung mit Unterstützung der Carstens-Stiftung ein Symposion, in dem wir den Fragen, die ich hier anschneide, nachgehen wollen: Ist im medizinischen Kontext – und vielleicht auch anderswo – Nicht-Handeln vielleicht manchmal sogar besser als Handeln und Intervenieren? Wie kommt es, dass wir uns überhaupt diese Frage stellen und stellen müssen? Und warum fällt es uns so schwer? Das Symposion ist frei und für alle zugänglich, allerdings ist eine Anmeldung nötig, der Einladungsflyer dient dann als Eintrittskarte.

Peter C. Gøtzsche, dessen Buch „Deadly Medicines“ ich vor einer Weile besprochen habe und das jetzt auch auf Deutsch vorliegt eröffnet den Reigen. Er vertritt ja bekanntlich die These, dass wir über die meisten Medikamente viel zu wenig wissen, dass die wenigsten wirklich effektiv sind und die meisten zu viele Nebenwirkungen haben, so dass Nebenwirkungen von Medikamenten mittlerweile die Todesursache Nummer 3 in den westlichen Ländern seien.

Wolf-Dieter Ludwig, Vorsitzender der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft wird anhand zweier prominenter Beispiele das „Zuviel“ an Versorgung diskutieren: Patienten im Endstadium einer Krebserkrankung werden allzu häufig noch Chemotherapeutika angeboten, die wenig Erfolg haben, aber die Lebensqualität sehr beeinträchtigen und extrem teuer sind. Kinder erhalten – oft auf Drängen der Eltern, manchmal aus Angst – bei banalen Infekten Antibiotika, die dort nicht indiziert sind.

Andreas Michalsen wird sich der Frage des Lebensstils widmen. Wir wissen heute relativ viel darüber, wie groß der Einfluss unseres Lebensstils ist. Ernährung, Bewegung, Freizeitgewohnheiten, soziales Eingebundensein, sie können uns krank machen oder heilen. Die meisten Patienten und viele Ärzte vertrauen bei chronischen Rückenschmerzen immer noch auf Medikamente, obwohl mittlerweile aus vielen Studien klar ist, dass sie allenfalls bei akuten Schmerzen hilfreich sein können und auch da oft nicht greifen [1]. Dabei sind die wirksamsten Maßnahmen eigentlich Bewegung und Mobilisation und von diesen ist Yoga vielleicht die effizienteste Methode [2].

Lioba Werrelmann, Journalistin und Redakteurin, wird von ihrem eigenen Irrweg im medizinischen System unserer Tage berichten [3].

Und *Wolfgang Klitzsch* wird darüber nachdenken, welche systemischen Bedingungen wir in unserem medizinischen System brauchen, um wieder zurück zu einer Patientenorientierung zu kommen, in der wirklich der Patient Zentrum ist.

[green_box]Vielleicht ist weniger mehr?[/green_box]

Alle Akteure im System, auch die Patienten und durch sie veranlasst die Ärzte, sitzen der

Illusion auf, dass man mit möglichst viel Intervention auch möglichst viel Gesundheit erreichen kann. Die Verantwortung für die eigene Gesundheit wird von den Patienten auf die Ärzte und weiter auf das System und die politisch Verantwortlichen geschoben. Was muß geschehen, damit sich das ändert? Vielleicht einfach mal weniger tun? Vielleicht ist weniger mehr?

Wenn man in der Gegenwart Probleme hat, dann ist es sehr häufig nützlich, sich in der Geschichte umzusehen. Das tut *Robert Jütte*, einer der Organisatoren und Medizinhistoriker, der sich intensiv mit der Geschichte der Medizin im 19. Jahrhundert beschäftigt hat. Und da sieht man: die Spannung zwischen Befürwortern von möglichst viel Therapie – Anhänger der sog. „Hurra-Therapie" – und zögerlichen, abwartenden Geistern gab es schon im 19. Jahrhundert. Mit der gleichen Emphase wurde damals die Meinung vertreten, man könne unmöglich Patienten die neuesten Errungenschaften der Medizin und der Wissenschaft vorenthalten. Man müsse unbedingt behandeln. Würden wir Heutige diese Behandlungsmethoden an uns selber angewandt wissen wollen? Wenn wir die historische Distanz zu damals von heute in die Zukunft projizieren: Was werden wohl unsere Nachkommen in hundert Jahren zu unserer Haltung sagen?

Ulrich Schwantes hat als Allgemeinmediziner spannende eigene Forschung gemacht. Er und andere stellten fest: wenn man Patienten einfach nicht unterbricht und reden lässt – die Horrorvorstellung der meisten Ärzte – dann reden sie etwa 60 Sekunden, bis sie zum ersten Mal zu sprechen aufhören. Fragt der Arzt nach, um besser zu verstehen, und meldet dieses Verstehen zurück, dauert die ganze Konsultation nicht sehr viel länger als 9 Minuten im Durchschnitt [4]. Dann fühlen sich Patienten verstanden und gehört und sind dann oft mit einem klugen ärztlichen Rat zufrieden. Und die Patientenzufriedenheit korreliert nicht mit der absoluten Länge der Konsultation, sondern mit der gefühlten Länge [4]. Normalerweise unterbrechen Ärzte Patienten nach ca. 30 Sekunden spätestens. Dann sind die Patienten unzufrieden, fühlen sich missverstanden. Es kommt zu kommunikativen Problemen. Das ganze dauert mindestens genauso lang oder länger und ohne Rezept geht ein Patient nach einer solchen Erfahrung wohl kaum aus der Praxis oder kommt nicht wieder. Die wichtigste Kompetenz eines Allgemeinarztes muss also sein, gut mit Patienten kommunizieren zu können – neben dem üblichen medizinischen Fachwissen, versteht sich. Dann ist es bei 8 von 10 Patienten gar nicht nötig, irgend etwas anderes zu tun als zuzuhören und zu verstehen und mit Patienten einen gemeinsamen Weg zu finden.

[green_box]Die wichtigste Kompetenz eines Allgemeinarztes muss also sein, gut mit Patienten kommunizieren zu können.[/green_box]

Warum fällt uns das so schwer? *Klaus Linde* wird dieser Frage nachgehen. Anscheinend ist es so, dass nicht zu behandeln von Ärzten als Niederlage und von Patienten als Inkompetenz

gesehen wird. Also wird gehandelt und behandelt auf Teufel komm raus. Der Patient will es so und der Arzt willfährt. Ob das immer so gut ist, sei dahin gestellt.

Ich werde in meinem Vortrag am Ende des Symposions die Frage stellen, warum wir in dieser Interventionismusfalle stecken. Meine Vermutung ist: das Ganze ist mehr als nur die kluge Wahl zwischen zwei Alternativen. Das Problem steckt in der momentanen Paradigmatik der Medizin. Diese sieht den Menschen als eine komplexe biologische Maschine. Dieses Bild, das Descartes am Anfang des 17. Jahrhunderts geprägt hat, ist eine Abstraktion, die extrem hilfreich war. Bei der Behandlung aller akuten Probleme, in der Notfallversorgung und zur Bekämpfung von Infekten und Epidemien ist sie immer noch extrem hilfreich. Allerdings hat sich die Situation mittlerweile gewandelt. Die Probleme von heute und morgen sind andere als die von gestern und vorgestern, zumindest in Europa und der westlichen Welt. Unsere wichtigsten Probleme sind komplexe, chronische und funktionelle Störungen, bei denen die Suche nach dem magischen Hebel, dem zentralen Rezeptor oder der zu behebenden alleinigen physiologischen Ursache nicht oder nur sehr begrenzt weiterhilft. Wir müssen Zusammenhänge verstehen und brauchen vielleicht ein neues grundlegendes Bild oder Paradigma: der Mensch als komplexes, sich selbst organisierendes System. Selbstheilung bietet sich hier vielleicht als neue Chiffre an.

[green_box]Selbstheilung bietet sich hier vielleicht als neue Chiffre an.[/green_box]

Vielleicht können wir mit diesem Symposion einen Anstoß geben, so hoffen wir, dass Verantwortliche im Gesundheitssystem, in der Politik und in den Hochschulen beginnen darüber nachzudenken, ob der Weg, den wir beschritten haben, immer und unter allen Umständen ausreicht. Wenn wir den Menschen als ein System sehen, das eigenaktiv ist, sich selber organisiert – und auch wieder in Ordnung bringt – statt als Maschine, die einfach irgendwann kaputt geht und einer Reparatur bedarf, dann können wir vielleicht darauf vertrauen, dass es manchmal auch ohne Intervention geht. Wenn nicht sogar oft besser, als mit. In vielen Bereichen der modernen Medizin zeigt sich heute: oft ist Abwarten besser als Eingreifen; oft richtet eine Intervention mehr Schaden an, als sie repariert. Die Kunst ist es, zu unterscheiden, wann eingegriffen werden muss und wann nicht.

Kinder zum Beispiel bekommen Infekte. Das gehört zum Leben und das brauchen sie, damit das Immunsystem reifen kann. Kinder, die auf dem Land groß geworden sind, also mit wesentlich mehr Keimen von Tieren und der natürlichen Umwelt in Kontakt gekommen sind, haben weniger Allergien [5]. Ihr Immunsystem hatte die Möglichkeit sich mit diesen Keimen auseinanderzusetzen, zu lernen und daran zu reifen. Es produziert weniger Fehlalarm – Allergien – und ist stark genug, um echte Infekte abzuwehren. Wenn wir Kindern, die einen fiebrigen Infekt entwickeln, sofort Fiebersenker geben, damit sie ja gleich wieder in die KITA können, dann tun wir vielleicht uns als Eltern was Gutes, aber

nicht unbedingt den Kindern.

[green_box]Die Kunst ist es, zu unterscheiden, wann eingegriffen werden muss und wann nicht.[/green_box]

Die meisten Infekte bei Kindern sind viraler Natur. Der humorale Teil des Immunsystems, der darauf spezialisiert ist, definierte Antikörper zu bilden, muss dies lernen, indem er mit den Antigenen vertraut wird. Daher führen virale Antigene, mit denen das Immunsystem noch keinen Kontakt hatte, zunächst zu einer unspezifischen Reaktion, die Fieber induziert und die Produktion von spezifischen Antigenen anregt und beschleunigt. Wenn dieser Lernprozess einmal abgeschlossen ist, bleibt meistens eine lebenslange Immunität bestehen. Deswegen bekommen wir Erwachsene normalerweise eben keine sog. Kinderkrankheiten mehr und sind auch sonst einigermaßen gut gegen alle möglichen Viren geschützt.

Weil die allermeisten Erreger kindlicher Infekte Viren sind, darum ist es auch nicht sonderlich sinnvoll, sofort mit Antibiotika einzugreifen. Viele Ärzte tun dies, um die Eltern zu beruhigen oder weil sie Angst haben, es könnte zu einer Komplikation mit einer zusätzlichen bakteriellen Infektion kommen. Das geschieht wohl manchmal, aber weniger häufig als man befürchtet. Und es hat nicht einmal bei bakteriellen Harnwegsinfekten bei Kindern viel Sinn, mit Antibiotika Prophylaxe zu betreiben [6].

Die weite Verbreitung unnötiger Antibiotika-Verschreibungen hat im Gegenteil dazu geführt, dass wir immer häufiger Probleme mit resistenten Keimen haben [7]. Das ist auch nicht sonderlich verwunderlich: Bakterien sind um eine Milliarde oder so Jahre älter als andere Lebewesen und als wir Menschen im Speziellen. Sie überleben in heißen und kalten Klimazonen. Es gibt sogar welche, die in Schwefelsäure überleben. Kommen sie unter Druck, kapseln sie sich ein und ziehen sich zurück, um wieder aufzuleben, wenn die Bedingungen günstig sind. Sie können Resistenzgene untereinander austauschen und vermehren sich so schnell, dass auch bei schärfster Attacke immer eines dabei ist, das überlebt und dann seine Resistenz weitergibt.

[green_box]Die weite Verbreitung unnötiger Antibiotika-Verschreibungen hat im Gegenteil dazu geführt, dass wir immer häufiger Probleme mit resistenten Keimen haben[/green_box]

Wir haben in unserem Darm sogar um eine Zehnerpotenz mehr Bakterien, als wir Zellen im Körper haben. Wir sind also sozusagen ein Hautsack mit und für Bakterien. Diese Bakterien im Darm brauchen wir, um die Nahrung richtig zu verstoffwechseln und um viele Nährstoffe zu bilden, die für uns essentiell sind. Daher haben Gesunde auch eine reichere Darmflora als Dickleibige [8]. Und wenn sich die Diät verändert, verändert sich auch das Mikrobiom im Darm [9]. Attackieren wir ohne wichtigen Grund Keime in uns, dann attackieren wir damit

auch die nützlichen Keine im Darm und verändern die Zusammensetzung unserer Darmflora. Untersuchungen zeigen, dass es bis zu 6 Monate dauert, bis die Darmflora sich wieder regeneriert hat [10]. Welche sekundären Probleme wir uns dadurch einhandeln ist unklar. Das bedeutet nicht, dass wir auf Antibiotika verzichten sollen, wo sie indiziert sind. Aber das Beispiel zeigt, dass wir gut daran tun zu unterscheiden, wann Handeln und wann Nicht-Handeln angemessen sind.

Ich könnte die Beispiele vermehren. Sie würden zeigen, dass wir eine kulturelle Voreingenommenheit haben, die das therapeutische Handeln begünstigt, statt das sorgfältige Abwarten und Abwägen. Medizin ist eine Handlungswissenschaft. Zum Arzt geht man, wenn man Probleme hat oder zu haben meint. Und man erwartet sich dann einen Handlungsvorschlag, ein Rezept; der Begriff „Rezept“ kommt ja von der ursprünglichen Anweisung an den Apotheker: „recipe – nimm….“ und dann folgen die Substanzen, die der Apotheker zu einem Medikament, einer Heilsubstanz, mischen soll. Alle erwarten Handlung und Aktion. Im akuten Falle, vor allem bei Gefährdung, ist das ja auch sinnvoll und oft nötig.

[green_box]Wir tun gut daran tun zu unterscheiden, wann Handeln und wann Nicht-Handeln angemessen sind.[/green_box]

Aber wie gesagt: in der Mehrzahl der Fälle sind die Probleme chronisch, funktional – d.h. wir wissen nicht, was los ist – und die Symptome fordern vielleicht sogar den „Leidenden“ auf sich aus der Leidensrolle herauszubegeben und selber aktiv zu werden. „Was muss ich ändern – in meinem Verhalten, in meinem Lebensstil, in meinem Arbeitskontext, in meinen Beziehungen, in meiner Beziehungsgestaltung, in meinem Bezug zur Welt, in der Art und Weise, wie ich mein Leben lebe – damit ich gesund, ganz und heil werde?“ So könnte man die Handlungsaufforderung, die hinter der Erkrankung stehen kann, beschreiben.

Insofern enthält die Krankheit also vielleicht sehr wohl eine Handlungsaufforderung, aber nicht unbedingt immer eine, die an den Arzt oder an unser medizinisches System gerichtet ist, sondern an uns selber. Und die therapeutische Kunst der Ärzte wäre es, die Fälle zu unterscheiden, wo sie selber handelnd und lenkend eingreifen müssen, und wo sie eher dem Patienten helfen muss, eine Neuorientierung zu finden und selber zu handeln. Anzuerkennen, dass manchmal nicht Therapeuten und Ärzte handeln können oder müssen, sondern den Patienten ihre Verantwortung fürs Handeln übergeben sollten, das ist sicher schwierig. Denn alle Therapeuten sind zunächst dazu ausgebildet zu helfen, einzugreifen. Aber oft ist das Nicht-Handeln therapeutisch effektiver als das Handeln. Die Aufmerksamkeit auf diese Situation zu lenken, das ist u.a. das Anliegen unseres Symposions, zu dem ich Sie alle herzlich einlade.

Quellen

[1] • Williams, C. M., Maher, C. G., Latimer, J., McLachlan, A. J., Hancock, M. J., Day, R. O.,

et al. (2014). Efficacy of paracetamol for acute low-back pain: a double-blind, randomised controlled trial. The Lancet, 384(9954), 1586-1596, doi:10.1016/S0140-6736(14)60805-9.
• Roelofs, P. D. D. M., Deyo, R. A., Koes, B. W., Scholten, R. J. P. M., & van Tulder, M. W. (2008). Non-steroidal anti-inflammatory drugs for low back pain (review). Cochrane Database of Systematic Reviews(1), Art. No CD000396.
[2] Tilbrook, H. E., Cox, H., Hewitt, C. E., Kang'ombe, A. R., Chuang, L.-H., Jayakody, S., et al. (2011). Yoga for chronic low back pain. Annals of Internal Medicine, 155, 569-578.
[3] Werrelmann, L. (2014). Stellen Sie sich nicht so an. Meine Odyssee durch das deutsche Gesundheitssystem. München: Dromer Knaur.
[4] • Cape, J. (2002). Consultation length, patient-estimated consultation length, and satisfaction with the consultation. British Journal of General Practice, 52, 1004-1006.
• Wilm, S., Knauf, A., Peter, T., & Bahrs, O. (2004). Wann unterbricht der Hausarzt seine Patienten zu Beginn der Konsultation? Zeitschrift für Allgemeinmedizin, 80, 53-57.
• Bär, T. (2009). Die spontane Gesprächszeit von Patienten zu Beginn des Arztgesprächs in der hausärztlichen Praxis. Humboldt Universität, Berlin. Link
[5] • Gassner-Bachmann, M., & Wüthrich, B. (2000). Bauernkinder leiden seltener an Heuschnupfen und Asthma. Deutsche Medizinische Wochenschrift, 125, 924-931.
• Lluis, A., Depner, M., Gaugler, B., Saas, P., Casaca, V., Raedler, D., et al. (2014). Increased regulatory T-cell numbers are associated with farm milk exposure and lower atopic sensitizationn and asthma in childhood. Journal of Allergy & Clinical Immunology, 133(2), 551-559.
• von Mutius, E. (2010). 99th Dahlem Conference on Infection, Inflammation and Chronic Inflammatory Disorders: Farm lifestyles and the hygiene hypothesis. Clinical and Experimental Immunology, 160, 130-135.
[6] Williams, G., & Craig, J. C. (2011). Long-term antibiotics for preventing recurrent urinary tract infection in children. Cochrane Database of Systematic Reviews(3), C001534.
[7] • European Center for Disease Control and Prevention (2011). European Centre for Disease Prevention and Control. Antimicrobial resistance surveillance in Europe 2010. Annual Report of the European Antimicrobial Resistance Surveillance Network (EARS-Net). Stockolm: ECDC.
• Geffers, C., & Gastmeier, P. (2011). Nosokomiale Infektionen und multiresistente Erreger in Deutschland: Epidemiologische Daten aus dem Krankenhaus-Infektions-Surveillance-System. Deutsches Ärzteblatt, 108(6), 87-93.
[8] Le Chatelier, E., Nielsen, T., Qin, J., Prfiti, E., Hildebrand, F., Falony, G., et al. (2013). Richness of human gut microbiome correlates with metabolic markers. Nature, 500, 541-546.
[9] Cottilard, A., Kennedy, S. P., Kong, L. C., Prifti, E., Pons, N., Le Chatelier, E., et al. (2013). Dietary interventions impact on gut microbial gene richness. Nature, 500, 585-588.

[10] • Hviid, A., Svanström, H., & Frisch, M. (2011). Antibiotic use and inflammatory bowel disease in childhood. Gut, 60, 49-54.
• Willing, B. P., Russell, S. L., & Finlay, B. B. (2011). Shifting the balance: antibiotic effects on host-microbiota mutualism. Nature Reviews
Microbiology, 9, 233-243.