

Unwirtschaftlichkeit im Ausdruck der großen Zahl gefunden wurden, ist die Überprüfung aller Einzelfälle zu schwierig und zu aufwendig, wie das BSG dies formuliert hat. Dann ist eine Schätzung möglich.

8. Statistische Berechnungen und Methoden sagen lediglich aus, mit welcher Wahrscheinlichkeit ein Ereignis zutrifft. Statistik kann kein Individualproblem lösen. Deshalb wird bei fundierten wissenschaftlichen Arbeiten, die auf statistischen Daten beruhen, auch die Wahrscheinlichkeit des Irrtums angegeben. Man muß nicht Heisenbergs Unschärferelation und die Aussage Einsteins heranziehen, wonach auch das Schicksal eines kleinen Elementarteilchens nicht individuell bestimmt, sondern nur statistisch erfaßt werden kann, um einzusehen, daß das Häufige eben häufig und das Seltenes selten ist. Dies trifft genauso für die klassischen Krankheitsbilder der Schulmedizin zu, jedoch nicht für Symptome. Das einzelne Schicksal eines Patienten ist damit kein Problem der Statistik, obwohl es in statistische Darstellungen eingeht. Wohl aber ist es mit Hilfe der Statistik möglich, Häufigkeiten und Schwere von Schicksalsereignissen darzustellen und als eine der möglichen Grundlagen der Behandlung von „Häufungen“ z. B. von Krankheiten heranzuziehen.

Dessen ungeachtet hängt das Schicksal eines Patienten nur allzu oft ganz entscheidend vom persönlichen Engagement, Wissen und Können seines Arztes ab. Deshalb geht beiden, Arzt und Patient, die Statistik eigentlich nichts an. In statistischen Daten äußert sich aber das, was wiederkehrend häufig geschah und möglicherweise geschehen wird. Dies kann deshalb nicht anders sein, weil jede Erkrankung eines Patienten aus ärztlicher Sicht gezielt abgeklärt und therapiert werden soll. Aber auch hier wird das Häufige sich als häufig herausstellen. Seltenheiten sind unwahrscheinlich, aber nicht unmöglich. Die „Wahr“-nehmung sehr vieler Seltenheiten scheint un-, „wahr“, das heißt unwahrscheinlich. Wenn man

das in der Natur gefundene Gesetz der „Normal“-Verteilung betrachtet, muß man erkennen, daß was ganz Unwahrscheinliches auch einmal eintreten kann, ja daß theoretisch sogar alles Mögliche durch alles Mögliche möglich ist. Dies aber ist so unwahrscheinlich wie der freie Fall nach „oben“, könnte dennoch aber morgen schon eintreten. Je mehr sich ein Arzt mit der Erkrankung eines Patienten beschäftigt, um so mehr wird er gezielt vorgehen. Das ist der Zweck. Das Maß des Zweckes, die Zweckmäßigkeit, wird durch den Begriff des „Ausreichenden“ limitiert. Nur damit lassen sich die Mittel einer Gemeinschaft, wenn diese nur in beschränktem Ausmaß zur Verfügung stehen, gerecht verteilen. In diesen Gedankengängen ist das Gebot der Wirtschaftlichkeit verankert. Am Anfang steht also das medizinisch und ärztlich fundierte („schulmedizinische“) Handeln. Dieses darf in der Vergabe von Mitteln (hier Geld) das Maß des Ausreichenden und Zweckmäßigen nicht überschreiten.

Diese Begriffe ändern sich ständig. Die Richter erkannten, daß sie nicht festschreibbar sind. Deshalb müssen sie von Mal zu Mal neu ausgelegt werden. Dies soll die Ärzteschaft selbst tun. Wenn Kollegen in den Prüfungsgremien dies nicht oder nicht genügend getan haben, so muß versucht werden, *ihnen* das persönlich oder schriftlich darzulegen. Kommt es zu keiner Einigung, so muß der betroffene Arzt einen Unparteiischen, einen Richter anrufen. Dieser überprüft den Hergang des Verfahrens. Entdeckt er einen Verfahrensfehler, gibt er die ganze Sache zurück oder entscheidet unter Beweisaufnahmen durch. Geht es aber um medizinisches und ärztliches Beurteilungsvermögen, so kommt auch er *ohne* ärztliche Beisitzer oder Sachverständige nicht aus. Diese aber entstammen wiederum dem eigenen Berufsstand . . .

Dr. med. Wolfgang Heinz
Prüfarzt
Kassenärztliche Vereinigung Pfalz
Maximilianstraße 22
6730 Neustadt/Weinstraße

KREBSANGST

Zu dem Beitrag: „Die unklinische Visite“ (Heft 4/1979), in dem Dr. med. Georg Schreiber über Erfahrungen mit seiner „Klinik-Talkshow“ in einer Krebsnachsorgeklinik berichtete:

Aufklärung des Kranken bietet nichts

. . . Prominente mögen befähigt sein, im immer wiederkehrenden Rampenlicht die seelischen Belastungen, die das Wissen um die Krebserkrankung mit sich bringt, wenigstens vorübergehend zu kompensieren. Ihnen gegenüber aber steht die Masse jener ängstlichen, meist auch einsamen oder vereinsamten Menschen, denen im Alltag niemand zur Seite steht, die, programmiert durch die Medien und das Gerede der Leute, ständig in sich hineinhorchen und jeden kleinsten Schmerz als den Beginn jenes großen Leidens registrieren, das sie nach dem Gehörten und Gesehenen als den Abschluß ihrer Krebserkrankung zu erwarten hätten. Soll man die Angst der Krebskranken noch dadurch fördern, daß man ihnen sagt, woran sie leiden? Soll man sich, wie das ja auch ernstlich diskutiert wird, bei ihnen niederlassen, um mit ihnen die Gedanken und Gefühle zu analysieren, die der auf sie zukommende Tod in ihnen auslöst? Der in seiner Praxis tätige Arzt wird auch zu Patienten gerufen, die, aus der klinischen Behandlung entlassen, ihm bis dahin nicht bekannt waren. Die Angehörigen empfangen den Arzt dann nicht selten mit dem Bemerkten, daß der Kranke nichts von seiner Erkrankung wisse. Es scheint also trotz einer starken Strömung in Richtung auf eine lückenlose Aufklärung noch Kliniken und Ärzte zu geben, die der Meinung sind, daß man kranke Menschen nicht unnötig mit Angst konfrontieren sollte. Wenn etwas das Dasein eines Kranken erleichtert, so ist es die Hoffnung auf Genesung. Sie ist das Bindeglied zwischen dem Arzt und seinen Patienten. Diese Hoffnung darf der Arzt nie zum Erlöschen bringen. Tut er es, „dann kommt sie unweigerlich, diese entsetzliche Angst“. Mit Angst kann

BRIEFE AN DIE REDAKTION

man Menschen nicht helfen, Angst ist unvereinbar mit Lebensfreude. Doch Lebensfreude kann ein Arzt auch in einem todkranken Patienten erwecken – und sei es auch nur für wenige Augenblicke. Diese wenigen Augenblicke bewirken oft in einem Kranken das Entstehen einer freudigen Erwartung auf das Wiedersehen mit seinem Arzt. So ist es in der Klinik, die durchaus nicht nur „kalte Routine“ anbieten muß, so ist es aber auch vor allem in der Praxis. In der Praxis muß sich der Arzt für seine oft täglichen Besuche bei diesen schwerkranken Menschen neue, heitere Anekdoten ausdenken, auch wenn sie nur seiner Phantasie entsprungen sind. Über die Krankheit wird sowenig als möglich gesprochen. Solange Befund und Verlauf sich nicht decken, solange die Therapie weiter stagniert und 68 Prozent aller Krebskranken an ihren Metastasen zugrunde gehen, steht dem Arzt nicht das Recht zu, den an Krebs Erkrankten über sein „Leiden“ aufzuklären. Da der einmal entstandene Krebs nach den bisherigen Erkenntnissen im Gegensatz zu anderen, den Menschen gefährdenden Erkrankungen weder durch die Lebensweise noch durch Umweltfaktoren zu beeinflussen ist, kann dem an Krebs Erkrankten durch Aufklärung nichts geboten werden: während seines Aufenthaltes in der Klinik ist der Kranke durch deren Maßnahmen festgehalten. Was dann kommt, darüber entscheidet weder der Arzt noch der Kranke, sondern lediglich die in der Krankheit sitzende Vitalität. Ist sie gering, gewinnt der Arzt. Er kann den Kranken zunächst aus seiner strengen Kontrolle entlassen. Doch ist es gefährlich, dem Kranken zu sagen, daß er einer großen Gefahr entronnen sei. Denn die Zukunft ist stets ungewiß. Ist der Krebs stärker als der Arzt, dann sollte der Kranke weiter dort in Behandlung bleiben, wo die Therapie begonnen hat. Eine nach einheitlichen Richtlinien arbeitende klinische Ärztegemeinschaft bietet die beste Gewähr, die seelischen Belastungen, welche eine Krebserkrankung mit sich bringt, so niedrig als möglich zu halten. An der ersten Universitätsfrauenklinik in Wien und

an der Universitätsfrauenklinik in Jena waren vor rund 25 Jahren diese Probleme so gelöst, daß die Diagnose Krebs nur den Ärzten und dem Pflegepersonal bekannt war... In Jena blieben inkurable Fälle nach Belieben und Notwendigkeit in einem der Klinik unmittelbar angeschlossenen Haus. In diesem Haus waren auch an puerperalen Mastitiden erkrankte Mütter mit ihren Kindern untergebracht, so daß niemals der Eindruck einer Isolierung unter den krebserkrankten Frauen aufkommen konnte. Der in diesem Haus tätige Arzt, der es jeweils für die Dauer eines Jahres zu betreuen hatte, stand, soweit es seine unmittelbaren Arbeiten wie Radiumeinlagen, Kontrolle der Röntgenbestrahlungen, Bluttransfusionen, Zysto- und Rektoskopie, Kloakenspülungen und die Inzisionen der mastitischen Abszesse erlaubten, auch der Klinik zur Verfügung. Er war befugt, Patientinnen in ein Haus, das, in einem nahe gelegenen Badeort gelegen, auch zur Klinik gehörte, zur zusätzlichen Erholung problemlos einzuweisen. In beiden Häusern wurde die Tradition der Klinik besonders gepflegt, den seelischen Druck, der auf krebserkrankten Patientinnen lastet, fernzuhalten. So war der Arzt nicht nur Therapeut, sondern auch Conferencier, der mit den Patientinnen erheitende Gespräche führte und auch peinlichen Handlungen, wie dem Spülen einer Kloake, eine tröstliche Note zu geben verstand. Die Patientinnen waren, soweit nicht bettlägerig oder durch die Therapie beansprucht, ungebunden, sie konnten in der Stadt Kino, Theater und Konzerte besuchen, sich mit Verwandten und Bekannten treffen. Die Kosten für diese Art der Nachsorge waren niedrig... Da nicht alle krebserkrankten Frauen in einem solchen Milieu [wie in der Klinik Bad Trissl; die Red.] behandelt werden können und überdies die Sorge um Pflegebedürftige oft zu den schwierigsten familiären und personellen Problemen gehört, ist eine Suche nach... Methoden zur Erfüllung dieser ärztlichen Pflicht sicher gerechtfertigt.

Dr. med. Karl Franz Veit
Lennestraße 18, 4000 Düsseldorf

NIEDERLASSUNG

Ein Stimmungsbild aus München. Die Bedarfszahlen habe er dem Münchner Stadt-Anzeiger entnommen, versichert der Verfasser des Leserbriefes:

Viel zu viele Ärzte . . .

... in München und dennoch entstehen mehr und mehr neue Ärztehäuser. Für diese suchen Makler mit allen Mitteln Ärzte, die unerfahren genug sind zu glauben, daß sich trotz „Weltrekord an Arztdichte“ (um hier eine Schlagzeile der „Bild“-Zeitung zu zitieren) und Abnehmen der Bevölkerungszahl in München eine sichere Existenz aufbauen läßt. In keiner Fachgruppe reicht die gegenwärtige Durchschnittsfallzahl beim augenblicklichen Honorardurchschnitt, nennenswerte Gewinne zu erzielen. Die Honorarentwicklung kann schon längst nicht mehr mit den ständig steigenden Praxiskosten mithalten. Durch das Punktwertsystem wird sie undurchsichtig und entspricht bestimmt nicht der wirtschaftlichen Entwicklung. Wer will das Risiko eingehen, beim folgenden Stand noch eine Praxis aufzumachen?

	In eigener Praxis	Bedarf	Zuviel in Prozent
Internisten	418	132	217
Frauenärzte	206	82	151
Chirurgen	92	28	229
Radiologen	73	22	232
HNO	112	44	155
Allgemeinärzte	623	548	14

Für das Fachgebiet HNO ergibt sich, daß bei der 155prozentigen Überbesetzung im Durchschnitt weniger als 600 Scheine abgerechnet werden. In „Nord-Schwabing“ = Milbertshofen (d. h. höchstens 5% Privatpatienten) wird zum Beispiel ein HNO-Arzt gesucht. Die Versorgung dieses Bezirks mit 104 000 Einwohnern ist aber durch 5 HNO-Ärzte sichergestellt (1:20 800). Auf ganz München umgerechnet ist das Verhältnis 1:12 000 bei einer Richtzahl von 1:30 000. Wer dennoch glaubt, eine