

Feature / Hörspiel / Hintergrund Kultur

## **Das Feature**

**Übertherapie: Ursachen und Folgen**

**Von Dorothea Brummerloh**

**Regie: Maria Schüller**

Redaktion: Ulrike Bajohr

**Produktion: Dlf 2019**

**Erstsendung: Dienstag, 6.8. 2019, 19.15 Uhr**

**Es sprachen: Janina Sachau, Axel Gottschick und Christoph Wittelsbürger**

**Ton und Technik: Michael Morawietz und Caroline Thon**

## **Urheberrechtlicher Hinweis**

Dieses Manuskript ist urheberrechtlich geschützt und darf vom Empfänger ausschließlich zu rein privaten Zwecken genutzt werden.

Die Vervielfältigung, Verbreitung oder sonstige Nutzung, die über den in §§ 44a bis 63a Urheberrechtsgesetz geregelten Umfang hinausgeht, ist unzulässig.

©  **Deutschlandradio**

**- unkorrigiertes Exemplar –**

*Atmo: Türöffner, Praxistresen:*

*Guten Tag... Ich brauche einen Termin zur Spiegelung ... Muss mal eben gerade gucken (PC) einen Moment bitte ... Vormittag, Nachmittag? ...*

### **Sprecherin**

Eine ganz normale Arztpraxis, an einem ganz normalen Arbeitstag mitten in Deutschland.

*Atmo aus Praxis*

*Frau ..! Bitte einmal hier Platz nehmen. Frau ... bitte! Sie dürfen sich einen Platz aussuchen...*

### **Sprecherin**

Eine Arzthelferin ruft Patienten auf, die aus dem übervollen Wartezimmer auf die Stühle vor den Behandlungsräumen aufrücken dürfen. Sie sind die Nächsten.

### **Sprecher**

Eine Szene, die sich in Deutschland so oder so ähnlich bei allen rund 165.000 niedergelassenen Ärzten in 102.000 Praxen abspielt. Am Ende des Tages hat jeder Allgemeinmediziner im Schnitt 53, jede Fachärztin 38 Patienten behandelt.

*Atmo: Praxisdrucker, Arzt sagt... So, sie können gleich durchkommen...*

### **Sprecher**

Laut BARMER-Arztreport geht jeder Deutsche pro Jahr durchschnittlich 14,7 Mal zum Arzt– mehr als doppelt so häufig wie eine Dänin oder ein Niederländer.

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung zählte 2017 eine Milliarde Arztkontakte.

<sup>1</sup>Damit sind die Deutschen sozusagen Weltmeister im Praxisbesuch. Und nirgendwo bekommt man mehr Pillen verordnet, wird öfter geröntgt, katheterisiert oder operiert als hierzulande.

*Musik*

---

<sup>1</sup> <https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/76589/102-000-Praxen-leisten-eine-Milliarde-Arztkontakte>

## **Ansage**

### **Übertherapie: Ursachen und Folgen**

**Ein Feature von Dorothea Brummerloh**

*Atmo Fahrstuhl mit Ansagen ...*

#### **Sprecherin**

„Länger besser leben“ heißt das Institut, an dem die Universität Bremen und die Krankenkasse BKK24 Forschungen zur Gesundheitsförderung betreiben. Wissenschaftlicher Leiter ist der Gesundheitswissenschaftler Gerd Glaeske. Der studierte Pharmazeut hat u.a. den Arzneimittelreport der Barmer Ersatzkasse mit herausgegeben und war Mitglied des Bundes-Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen.

#### **Gerd Glaeske**

*Es gibt Über-, Unter- und die Fehlversorgung, und natürlich ist es heute oft so, dass vor allen Dingen über die Übertherapie, über die Überversorgung gesprochen wird, weil die Überversorgung schädigt. Es schädigt das System, weil unnötig Kosten entstehen. Es schädigt den Patienten, weil unnötige Arzneimittel, unnötige Intervention gemacht werden, weil anderes nicht gemacht wird, was möglicherweise richtiger wäre.*

#### **Sprecher**

Überversorgung geht oft mit Mangel an Zuwendung und Information einher

#### **Sprecherin**

Übertherapiert werden vor allen chronisch Kranke, die lebenslang behandelt werden müssen.

*Signet*

#### **Sprecher**

**Beispiel: Diabetes**

### **Gerd Glaeske**

*Dann habe ich mehreres, was ich tun könnte: Ich kann evidenzbasiert ganz bestimmte Arzneimittel oder ganz bestimmtes Insuline geben. Ich kann aber auch neuen Moden folgen und neue Arzneimittel geben, die angeblich besser sind als die Älteren.*

### **Sprecherin**

Und damit beginnen laut Glaeske schon Übertherapie und manchmal auch Fehlversorgung. Wichtiger als immer wieder neue Arzneimittel zu verordnen, sei es, Patienten im Umgang mit ihrer Erkrankung zu schulen. Mit Bewegung, Gewichtsabnahme und bewusster Ernährung kann der Patient sein Befinden sehr beeinflussen. Dazu gehört auch die Kontrolle von Augen und Füßen.

### **Sprecher**

Solche Informationen aus berufenem Munde fehlen Diabetikern häufig. Unterversorgt sind sie oft auch ganz konkret, etwa im Bereich der medizinischen Fußpflege, die Entzündungen der Fußsohlen vorbeugen kann.

### **Gerd Glaeske**

*Das passiert bei Diabetes ganz häufig, weil die Empfindsamkeit der Fußsohlen sinkt. Wenn die Durchblutung nicht mehr richtig funktioniert, merken die Diabetiker nicht, ob sie sich eine Heftzwecke eingetreten haben. Dann entzündet sich das. Entzündung kann zu Amputation führen. Wir haben seit vielen Jahrzehnten nicht weniger Amputation, sondern immer mehr. Wir haben derzeit zwischen 40 und 50.000 Amputationen nur Diabetes bedingt, weil offensichtlich zu wenig darauf geschaut wird, ob die Füße in Ordnung sind.*

*Signet*

### **Sprecher**

Beispiel: Polymedikation im Alter

### **Sprecher**

23 % aller erwachsenen Bundesbürger, das sind 15 Millionen Menschen, nehmen

dauerhaft drei oder mehr Medikamente täglich ein – die Anzahl steigt mit wachsendem Alter.

### **Sprecherin**

Die Pharmakologin Petra Thürmann hat die Polymedikation bei älteren Menschen untersucht.

### **Petra Thürmann**

*Wir wissen von vielen Arzneistoffen, dass sie sich miteinander nicht gut vertragen, dass die Nebenwirkungen sich entweder addieren oder erst nur durch die Kombination entstehen, so dass wir auf Grund der vielen Medikamente am Tag ein überproportional größeres Risiko für Nebenwirkungen haben.*

### **Gerd Glaeske**

*10,5 % aller Einweisungen auf internistische Stationen sind nicht krankheitsbedingt entstanden, sondern durch die Wechselwirkung von Arzneimitteln.*

### **Sprecher**

Blutverdünner wie Marcumar können zum Beispiel in Kombination mit Mitteln gegen Gelenkschmerzen Magenblutungen verursachen. Die bei Herzschwäche häufig verschriebenen Digitalis-Präparate führen zusammen mit Abführmitteln zu Kaliumverlust und damit zur Gefahr einer Digitalisvergiftung.

### **Gerd Glaeske**

*Und dann kommen ältere Menschen ins Krankenhaus, werden natürlich durch die diagnostische Mühle gedreht. Wir haben das mal ausgerechnet, dann sind das immerhin bei einer bestimmten Liegezeit, die wir angenommen haben, 800 Millionen bis 1,2 Milliarden €, die zusätzlich aufgewendet werden müssen, um diesen Fehler, dass wir nicht sorgfältig genug auf die Arzneimitteltherapie achten, zu vermeiden.*

### **Sprecherin**

Schon 2010 hat Petra Thürmann zusammen mit Kollegen eine Liste mit 83 Medikamenten erstellt, die im Alter als potentiell gefährlich gelten. Die "Priscus-Liste"

soll den Arzt anhalten, sich gründlicher zu überlegen, ob ein Medikament unbedingt verordnet werden muss, ob es möglicherweise Alternativen gibt.

### **Sprecher**

Ältere Menschen besuchen neben ihrem Hausarzt typischerweise internistische, urologische bzw. gynäkologische, augenärztliche und orthopädische Praxen, hat Gerd Glaeske herausgefunden. Auf diese Weise kommen schnell Arzneimittelinteraktionen zustande.

### **Sprecherin**

Umso wichtiger sind die Gespräche der Fachärzte mit ihren Patienten gerade darüber. Gespräche, die viel zu selten stattfinden, sagt Gesundheitsforscher Glaeske.

### **Gerd Glaeske**

*Die PRISCUS-Liste ist da, aber wird nicht genutzt...*

*Signet*

### **Sprecher**

#### **IGeL- Leistungen provozieren Übertherapien**

*Atmo Wartebereich „Kling-klang-Klong“ Herr Schmidt Sven?...*

### **Sprecherin**

IGeL – kurz für: Individuelle Gesundheitsleistungen, werden in fast jeder Praxis angeboten. Ihr medizinischer Nutzen ist umstritten.

### **Gerd Glaeske**

*IGeL- ist ein Aspekt, mit denen ganz viele Praxen zusätzliches Geld verdienen, weil sie einerseits den Patienten behandeln, ihm aber andererseits sagen, es gäbe da noch eine Leistung, die nicht von der gesetzlichen Krankenkasse bezahlt wird, die täte ihm vielleicht auch gut. Und da gibt es ganz bestimmte Arztgruppen, die sind sehr anfällig für diese Empfehlungen. Das ist die sogenannte GOUDA- Fraktion.*

## **Sprecher**

GOUDA – kurz für die Fachgebiete: Gynäkologie, Orthopädie, Urologie, Dermatologie und Augenheilkunde.

*Signet*

**Sprecher:**

**Beispiel: Gynäkologie**

## **Sprecherin**

Auch in der Praxis von Doris Scharrel werden IGeL-Leistungen angeboten.

Nicht alle betrachtet die Gynäkologin als Überversorgung oder gar Übertherapie, den HPV-Test etwa. Der Test auf Humane Papillomviren ist noch IGeL-Leistung, wird ab 2020 von den gesetzlichen Krankenkassen bezahlt.

Andere Zusatz-Untersuchungen sehe sie kritisch, erklärt die 2. Vorsitzende des Berufsverbandes der Frauenärzte. Zum Beispiel die Sonografie, die Ultraschalluntersuchung der Brust zur Brustkrebsfrüherkennung.

## ***Doris Scharrel***

*Also es gehört schon auch der klinische Blick dazu. Es gehört die Anamnese dazu. Es gehört der Tastbefund dazu. Es ist eher eine additive Untersuchung. Ich würde also die Mamma-Diagnostik nie mit einer Sonografie anfangen, sondern immer erst mit dem Tastbefund, weil ich meinen Tastbefund gleich dann sehen kann...*

## **Sprecherin**

Anerkannt als Mittel zur Brustkrebsfrüherkennung ist die Mammografie, die Röntgenuntersuchung der Brust, deren Kosten die gesetzlichen Krankenversicherungen übernehmen.

## **Sprecher**

Der Medizinische Dienst der Krankenkassen-Spitzenverbände hat die IGeL-Leistungen bewertet. Daran können Ärzte sich orientieren – sie tun es aber oft nicht. Gynäkologen bieten zum Beispiel den Meno-Pause-Check an, eine Bestimmung der weiblichen Sexualhormone.

## **Sprecherin**

Frauenärztin Scharrel schüttelt den Kopf: Hormonwerte sind Momentaufnahmen, die sich in der Meno-Pause verändern. Die seien nicht behandlungsbedürftig.

Als sinnvolle IGeL-Leistung betrachtet sie dagegen einen Test, dessen Nutzen im IGeL-Monitor mit „unklar“ bewertet wurde - den Test von Schwangeren auf Streptokokken.

## ***Doris Scharrel***

*Bei einer vaginalen Entbindung habe ich eine große Wundfläche, d.h. für die Mutter besteht die Gefahr: In der Gebärmutter, die ja bis zum Nabel steht nach der Entbindung, habe ich eben die Wundfläche, in der diese Streptokokken dann auch die Infektion hervorrufen können, aufsteigende Infektionen.*

*Signet*

## **Sprecher**

**In der Psychiatrie zieht die Überversorgung einer Patientengruppe die Fehlversorgung anderer nach sich**

## **Sprecher**

Jahrzehntelang galten Psychiater als Irrenärzte, zu denen niemand freiwillig ging. Heute werden Psychiater und Psychotherapeuten überrannt.

*Signet*

## **Sprecher**

**Beispiel: Befindlichkeitsstörungen**

## ***Peter Lippmann***

*Es gibt eigentlich Psychotherapierichtlinien, nach denen nur bestimmte Erkrankungen bearbeitet werden sollen. Böse Zungen behaupten, dass zu einem sehr hohen Anteil „Hausfrauenthemen“ bearbeitet werden.*

## **Sprecherin**

...bemerkt durchaus selbstkritisch der Psychiater Peter Lippmann



### **Peter Lippmann**

*Ich beobachte immer wieder, dass die Menschen, die besonders Psychotherapie notwendig haben, weil sie erheblich gestört oder krank sind, oft sehr lange warten müssen oder nicht dran kommen, weil andere mit leichteren Befindlichkeitsstörungen oft jahrelang die Therapieplätze blockieren*

### **Sprecher**

Das "Diagnostische und Statistische Manual Psychischer Störungen der Amerikanischen Psychiatrischen Vereinigung", ein Verzeichnis aller Seelenleiden, nach dem auch in Deutschland diagnostiziert wird, listete 1945 26 seelische Störungen auf. 2019 zählt die aktuell gültige Version 374.

### **Sprecherin**

Es scheint, als ob niemand mehr ohne psychische Störung durchs Leben kommen kann.

### **Peter Lippmann**

*Wenn jemand einen geliebten Menschen verliert und er eine gewisse Zeit trauert, ist es für mich eine völlig normale Reaktion. Und oft bekomme ich die Leute dann als „Anpassungsstörung“ oder „reaktive Depression“, wo man im Grunde genommen nur sagen kann, die Zeit wird es bringen und es ist ganz normal, dass ich trauere, wenn mein Partner, mein Kind, meine Eltern verstorben sind.*

*Signet*

### **Sprecher**

**Beispiel: Alzheimer**

### **Sprecher**

Der Innovationsreport 2018 für Menschen mit Alzheimer-Demenz stellt eine medikamentöse Fehl- und Unterversorgung dieser Patienten fest

### **Sprecherin**

Es gibt einige Arzneimittel, die den Verlauf der Alzheimererkrankung aufhalten können. Aber, sagt der Pharmazeut Gerd Glaeske:

### **Gerd Glaeske**

*Diese Arzneimittel werden deutlich weniger eingesetzt, obwohl es einen Bedarf dafür gäbe, als Arzneimittel, die ruhig stellen. Das ist jetzt wieder eine Übertherapie mit Psychopharmaka, nämlich mit Neuroleptika, die tatsächlich eben auch möglicherweise die Patienten auf einer Station einfacher machen. D.h. sie sind ruhig, sauber-satt-ruhig ist das Schlagwort. Die Arzneimittel, die bei Demenz gegeben werden sollten, sind Arzneimittel, die auch leicht aktivierend wirken.*

### **Sprecher**

Seit 2000 <sup>2</sup>weiß man, dass Alzheimer-Patienten durch Neuroleptika schneller versterben.

### **Gerd Glaeske**

*... und das ist so bekannt, dass die Herstellerfirmen den Ärzten einen sogenannten Rote-Hand-Brief schreiben mussten, in dem darauf hingewiesen wird, dass es eine Übersterblichkeit bei Alzheimer-Patienten gibt, wenn ihnen lange Zeit solche Neuroleptika gegeben werden.*

### **Sprecher**

Diese Übersterblichkeit ist 1,7fach höher als bei Menschen ohne Alzheimerdemenz. Trotzdem bekommen 25 % der Alzheimer-Patienten Neuroleptika.

*Atmo Krankenhaus Automatiktür geht auf, Intensivstationsgeräusche...*

*Signet*

### **Sprecher**

**Nicht alles medizinisch Mögliche ist in jedem Fall sinnvoll**

---

<sup>2</sup> <https://www.barmer.de/blob/36436/1cead1cd0eff75123de78c0286fafad0/data/pdf-arzneimittelreport-2011.pdf>

Schulze J1, Glaeske G, van den Bussche H, Kaduszkiewicz H, Koller D, Wiese B, Hoffmann F.

Prescribing of antipsychotic drugs in patients with dementia: a comparison with age-matched and sex-matched non-demented controls.

Pharmacoepidemiol Drug Saf. 2013 Dec;22(12):1308-16. doi: 10.1002/pds.3527. Epub 2013 Oct 3.

## **Sprecher**

Nach Angaben des statistischen Bundesamtes wurde 2017 jeder dritte Patient, der in einem Krankenhaus lag, operiert. 7,1 Millionen Menschen in Deutschland.

## **Sprecher**

Die steigenden Operationszahlen sind auch dem medizinischen Fortschritt geschuldet. Ein „neues Knie“ oder eine „neue Herzklappe“- kein Problem. Auch über 80-Jährige dürfen darauf hoffen – aber sie landen besonders oft bei Intensivmedizinern wie Rolf Dembinski.

## ***Rolf Dembinski***

*Wir haben eine ganze Menge Patienten, die nach großen Operationen instabile Herz-Kreislauf-Verhältnisse haben und/oder eingeschränkte Atemfunktion. Manchmal kommen die Patienten auch, weil sie im künstlichen Koma bleiben müssen nach bestimmten Operationen*

*Atmo Intensivstation ...*

*Signet*

## **Sprecher**

### **Beispiel: Intensivstation**

## **Sprecher**

Die Intensivmedizin macht etwa 20 Prozent der Krankenhauskosten<sup>3</sup> in Deutschland aus. Mehr als 20.000 Betten stehen auf Intensivstationen. Pro Jahr werden hier über zwei Millionen Patienten behandelt. Die durchschnittliche Verweildauer auf der Intensivstation beträgt 3,8 Tage.

## **Sprecher**

Durch immer bessere medizinische und technische Möglichkeiten wird die Therapie aufwendiger – gleichzeitig steigen aber auch die Überlebenschancen.

---

<sup>3</sup> <https://www.zurueck-ins-leben.de/intensivmedizin/zahlen-daten-und-fakten.html>

### **Rolf Dembinski**

*Normalerweise ist das Therapieziel möglichst Heilung oder die Wiederherstellung des Patienten in einen Zustand, der lebenswert ist. Aber hier beginnt schon das Problem: Was lebenswert ist und was nicht, wird individuell sehr unterschiedlich gesehen. Es gibt hier in Deutschland eine gewisse Vorstellung, was Lebensqualität bedeutet. Und dazu gehört in der Regel, dass man mit der Umwelt Kontakt aufnehmen können möchte und natürlich wünschen sich die meisten Patienten auch Beweglichkeit.*

### **Sprecher**

Es sei eine Gratwanderung, meint Dembinski: Man tue alles, wenn es sich zu kämpfen lohne. Aber es gäbe Fälle, wo ein Zuviel unnötig Leiden verlängere. Hinzukomme, dass teure Spezialtherapien weniger belastende Therapien – etwa gegen Schmerzen - verdrängten. Deshalb müssten Ärzte das Therapieziel immer wieder hinterfragen.

### **Dembinski**

*Je länger ein Krankheitsverlauf auf der Intensivstation dauert, je länger sich keine Besserung zeigt, desto wahrscheinlicher ist es, dass auch keine mehr eintreten wird. Aber mit 100-prozentiger Sicherheit vorhersagen kann man das nicht. Das ist der Grund, warum jeder Intensivmediziner einen gewissen Verlauf abwartet, um sich dann möglichst sicher ein Bild machen zu können und die Prognose einschätzen zu können.*

*Signet*

### **Sprecher**

**Beispiel: Das lange Leiden der Ilse Meier\***

### **Sprecher**

Als bei Ilse Meier Krebs im fortgeschrittenen Stadium festgestellt wurde, war sie 71 Jahre alt. Ihre Schwiegertochter begleitete sie ins Krankenhaus.

### **Susanne Meier\***

*Ich war bei der ganzen Aufnahme, bei dem Vorgespräch mit Anästhesie, mit was*

*auch immer - war ich dabei. Meine Schwiegermutter hat jedem gesagt, ich habe eine Patientenverfügung.*

**Walter Meier\***

*...im Krankenhaus am ersten Abend sofort vorgelegt und darauf hingewiesen, hier, es gibt eine Patientenverfügung. Wenn etwas schief geht, entscheiden meine Söhne, was gemacht werden soll,*

**Sprecher**

erzählt Ilse Meiers Sohn

**Walter Meier\***

*Sie hat aber auch den behandelnden Ärzten vorher mehrmals gesagt, dass so, wie sie reingekommen ist, sie auch wieder rausgehen will.*

**Sprecherin**

Am ersten Tag nach der OP begannen bei Ilse Meier\* Komplikationen, vor denen sie sich gefürchtet hatte, und es geschah das, was sie mit der Patientenverfügung verhindern wollte: Gefäßverschluss linkes Bein, Not-OP. Gefäßverschluss rechtes Bein, Not-OP. Weitere Operationen folgten, um Darmverschlüsse zu beseitigen. Sie erlitt einen Schlaganfall.

**Walter Meier\***

*Wir haben das mehrmals angesprochen, dass meine Mutter genau das alles nicht wollte. Und es wurde ja fast von Tag zu Tag schlimmer. Es kam immer wieder neuere Sachen dazu und wir gesagt haben, es ist alles das, was sie nicht will.*

**Sprecherin**

Als die behandelnden Ärzte einen Luftröhrenschnitt durchführen wollten, weigerten sich die Meiers\*. Daraufhin drohte man mit einer Amtsbetreuung. Die Patientenverfügung war den Ärzten nicht aktuell genug.

## **Sprecher**

In so einem Fall muss der Patientenwille nach einem Stufenplan ermittelt werden, erklärt Rechtsanwalt Wolfgang Putz.

## **Wolfgang Putz**

*Also erstens Patientenverfügung-hatte er eine? Und wenn ja, trifft die ganz genau? Und wenn er keine hat oder sie nicht genau trifft, hat er sich mündlich zu solchen Fällen geäußert, dass er da eine gewisse Behandlung ablehnt? Wenn auch das nicht, dann kommt die dritte Stufe: Das ist der mutmaßliche Wille. D.h. wir sagen den Angehörigen immer: Stellen Sie sich mal vor, der Patient würde kurz wach werden, dann hätte der Patient zwei Fragen. Erstens: was ist mit mir los? Und zweitens: Welche Chancen habe ich und wie geht's weiter? Und diese zwei Fragen müssen sich die Angehörigen dann selbst stellen, wie würde der Patient entscheiden.*

## **Sprecherin**

Die Familie bestand auf dem Willen der Mutter: Leiden beenden. D.h. Entfernen der Beatmungskanüle, um das Sterben mit Hilfe von Schmerzmitteln zuzulassen.

## **Walter Meier\***

*Wir hatten dann bei dem Klinikleiter auch einen Gesprächstermin bekommen und mit dem haben wir über diesen Fall gesprochen, und aufgrund dessen sagt der Klinikdirektor, wenn wir wirklich extubieren, dann lade ich Sie herzlich dazu ein. Dann können Sie zugucken, wie ihre Mutter erstickt.*

## **Rechtsanwalt Putz**

*Grundsätzlich ist jede ärztliche Behandlung ein Eingriff in den Körper des Patienten und dieser Eingriff darf natürlich nicht geschehen, ohne dass der Arzt dafür die Rechtsgrundlagen beachtet. Und da gibt es zwei: Die Behandlung muss medizinisch indiziert sein und korrekt durchgeführt werden. Und die zweite große Voraussetzung ist, dass der Eingriff dem Patientenwillen entspricht. Wenn Ärzte sich gezielt gegen Patientenwillen oder gegen ärztliche Indikation verhalten, dann ist es eine vorsätzliche, gefährliche Körperverletzung.*

## **Sprecherin**

Wegen des Rechtsstreits der Familie mit der Klinik nach dem Tod der Mutter dürfen weitere Angaben zu diesem Fall nicht gemacht werden.

## **Sprecher**

Studien zufolge <sup>4</sup>kennt nur jeder fünfte Arzt auf einer Intensivstation den Willen seines Patienten für das Lebensende. Jeder vierte Patient stirbt auf einer solchen Station. 70 Prozent haben zuvor intensivmedizinische Maßnahmen erhalten.

## **Rolf Dembinski**

*Die meisten Menschen möchten am Lebensende keine unnötige lebenserhaltende Therapie und möchten ohne Schmerzen im Kreise ihrer Familie versterben. Wann aber dieser Zeitpunkt gekommen ist, das lässt sich anhand einer Patientenverfügung auch nicht gut ermitteln und dann besteht immer die Diskussion, ob denn das, was wir intensivmedizinisch können, noch zu einer Verbesserung beitragen kann oder nicht. Und die Frage ist nicht durch Angehörige zu klären. Das sicherlich so, dass es dem Arzt aus dem Behandlungsteam am schwersten fällt, die Therapie zu beenden, weil er ja am Ende auch die ärztliche Verantwortung dafür hat.*

*Atmo aus Krankenhaus als Trenner*

*Signet*

## **Sprecher**

### **Das Krankenhaus als Wirtschaftsunternehmen macht krank**

## **Sprecherin**

Die Ursachen für das Ungleichgewicht zwischen Übertherapie und Unter- bzw. Fehlversorgung seien vielfältig, sagt der Nervenarzt Peter Lippmann.

Erstens sei das Gesundheitswesen durch politische Beschlüsse mehr oder weniger privatisiert worden, so dass Kliniken und Praxen ökonomisch arbeiten müssten.

---

<sup>4</sup> Cohen S1, Sprung C, Sjøkvist P et al.: Communication of end-of-life decisions in European intensive care units. *intensive Care Med.* 2005 Sep;31(9):1215-21.

Sprung CL1, Cohen SL, Sjøkvist P et al.: End-of-life practices in European intensive care units: the Ethicus Study. *JAMA.* 2003 Aug 13;290(6):790-7.

**Peter Lippmann**

*Am Ende des Monats muss Plus-Minus Null stehen und das regt natürlich auch die Phantasie an- getreu dem Motto „Viel macht viel“ wird das Rad gedreht aus meiner Sicht.*

**Sprecherin**

Und das andere ist:

**Peter Lippmann**

*Wir haben Probleme gesundheitlicher Art, von denen andere Länder nur träumen. Die Erwartungshaltung der Patienten ist natürlich auch sehr groß geworden und das treibt die Zahlen der Behandlung hoch und natürlich auch die Kosten.*

*Signet*

**Sprecher**

**Beispiel: Fallpauschale**

**Sprecher**

Stillstand im OP, leere Betten, unausgelastete MRT- Geräte kann sich kein Krankenhaus leisten. Es wird diagnosebezogen abgerechnet, in Diagnosis Related Groups, kurz DRGs.

**Sprecher**

Vor Einführung dieser Fallpauschalen im Jahre 2003 behielt man Patienten so lange wie möglich im Krankenhaus, bekam pro Bett und Tag einen Pauschalbetrag. Heute spülen lange Liegezeiten kein Geld mehr in die Kassen.

**Sprecher**

Mit dem DRG-System verdient nur Geld, wer minutiös aufschreibt, was er am Patienten gemacht hat. Der Aufenthalt im Krankenhaus wird jetzt nach der optimalen Fallpauschale kalkuliert



## **Sprecherin**

Und so werden manche Patienten dann früher nach Hause geschickt - was von Eingeweihten als „blutige Entlassung“ bezeichnet wird. Die Vizepräsidentin der Bundesärztekammer, Heidrun Gitter, erklärt diese Praxis so:

### **Heidrun Gitter**

*Es gibt viele Krankenhausinformationssysteme, die haben so ein Ampelsystem eingeführt für die Liegedauer. Wenn der Arzt auf seinen Monitor guckt, hat er immer im Blick, liegt der im Durchschnitt noch so, dass meine Leistung auch ausgesprochen vergütet wird, für das was ich investiere? Das ist eine subtile Manipulation von Leuten, eine subtile Veränderung des Denkens.*

### **Rolf Dembinski**

*Das spielt für die Intensivmedizin keine Rolle. Für die Intensivmedizin ist die Beatmungsdauer entscheidend.*

## **Sprecher**

Die Anzahl der Beatmungsstunden bestimmt die Zuordnung zu verschiedenen „Beatmungs-DRGs“.

### **Heidrun Gitter**

*Wenn der Anreiz ist, wenn du 25 statt 24 Stunden offiziell beatmet ist- kriegst du mehr Geld, dann wär man, glaube ich, mit dem Klammerbeutel gepudert, wenn man dann die Maschine schon nach 24 Stunden oder gar nach 23 Stunden abstellt. Und selbst wenn der Arzt vielleicht noch die Flagge hochhält und sagt, er möchte es eigentlich, können Sie aber sicher sein, dass irgendeiner hingeht und sagt, da habe ich Dir ein Computerprogramm reingeschaltet, da hast du einen roten Balken, wenn du kurz vor der Grenze deine Beatmung beendest und wenn du das häufig genug machst, dann müssen wir uns mal unterhalten.*

## **Sprecher**

Am besten verdient das Krankenhaus, wenn die künstliche Beatmung mindestens 96 Stunden – also 4 Tage – dauert.

*Signet*

## **Sprecher**

### **Beispiel: Zielvereinbarungen in Chefarzt-Verträgen**

## **Sprecher**

Erreicht eine Klinik-Abteilung die mit der Geschäftsleitung vereinbarte Anzahl an Eingriffen, bekommt der Chefarzt einen Bonus – eine Folge der Fallpauschalenabrechnung. Laut Sozialgesetzbuch (V) und Musterberufsordnung für Ärzte muss die Deutsche Krankenhausgesellschaft in ihren Empfehlungen für solche Verträge darauf achten, dass –Zitat – „Zielvereinbarungen nicht auf finanzielle Anreize *abstellen...*“

## **Sprecherin**

Krankenhäuser, die gegen diese Vorgabe verstoßen, müssen das veröffentlichen: im gesetzlich vorgeschriebenen Qualitätsbericht, sagt Heidrun Gitter.

## **Heidrun Gitter**

*... und es ist nur ein Bekenntnis“ ja machen wir“. Aber worin es genau liegt, der Verstoß, das wird den Nutzerinnen und Nutzern ja nicht klar. Das führt dazu, das Krankenhausgeschäftsführungen die Sache nicht ernst nehmen, denn wir bekommen immer wieder und immer noch und bis zum heutigen Tage ganz eindeutig rechtswidrige Verträge vorgelegt, die wir auch so bewerten.*

## **Gerd Glaeske**

*Die Medizin ist auch ein Geschäftsmodell. So sehr es dazu beigetragen hat, dass wir Leute besser behandeln können, so sehr muss man aber auch berücksichtigen, dass es auf der anderen Seite eine Industrie gibt, die dahinter steht. Wir hatten früher so einen Spruch: An deinem Bett wird Arzt und Apotheker fett. Das sind Dinge, die eine Rolle spielen.*

## **Sprecherin**

Der Gesundheitssystemforscher Karl-Heinz Wehkamp und der ehemalige Klinikmanager Heinz Naegler haben Ärzte und Geschäftsführer befragt, ob sie eine

solche Entwicklung im beruflichen Alltag beobachten. 2017 wurden ihre Ergebnisse im deutschen Ärzteblatt veröffentlicht:

### **Sprecher**

Die Geschäftsführer verwiesen auf die erforderliche Gewinnorientierung und betonten, dass sie den gesetzlichen Vorgaben entsprechend keinen direkten Einfluss auf ärztliche Entscheidungen nähmen, dass jedoch mittelbar das Handeln des Arztes beeinflusst werden könne.

Ärzte berichteten vom wachsenden Druck, betriebswirtschaftliche Interessen bei patientenbezogenen Entscheidungen zu berücksichtigen, was zu Unter-, Über- und Fehlversorgung der Patienten, aber auch zu ethischen Konflikten führe.

*Atmo EKG ....*

*Signet*

### **Sprecher**

#### **Ärzte brauchen Entscheidungshilfen**

### **Sprecher**

Zu beurteilen, was notwendig und überflüssig ist, fällt auch Ärzten oft schwer.

### **Sprecherin**

Hilfe bietet die Konsensus -Kommission "Klug entscheiden" an, deren Vorsitzender der Internist und Kardiologe Gerd Hasenfuß ist. Für praktisch alle internistischen Fächer gibt die Kommission Empfehlungen, um Über- oder Unterversorgung zu vermeiden.

*Signet*

### **Sprecher**

#### **Beispiel: Herzerkrankungen**

### **Sprecherin**

Hier reichten gerinnungshemmende Medikamente nicht aus, um bei Vorhofflimmern Schlaganfälle zu vermeiden.

Überflüssig sei dagegen oft die Aufweitung eines verengten Kranzgefäßes, sagt Gerd Hasenfuß.

### **Gerd Hasenfuß**

*Ein verengtes Kranzgefäß darf nur dann aufgeweitet werden, wenn durch diese Einengung auch eine Durchblutungsstörung des Herzmuskels resultiert. Dann ist das Gefäß verengt und man muss es aufweiten. Man muss die Durchblutung messen und nur dann, wenn eine Durchblutungsstörung vorliegt, ist es auch sinnvoll, dass verengte Kranzgefäß aufzuweiten und einen Stent zu implantieren.*

### **Sprecherin**

Danach wäre eine Herzkatheter-Untersuchung als Kontrolle zu viel des Guten.

### **Sprecher**

Eine Studie<sup>5</sup> der deutschen Gesellschaft für Kardiologie zeigt, dass in Österreich und in der Schweiz auf eine Million Einwohner 2500 Herzkatheter-Untersuchungen kamen. In Deutschland waren es 3700 pro eine Million Einwohner.

### **Sprecherin**

Weil 991 Katheter- Messplätze ausgelastet werden müssen?

### **Hendrik Treede**

*Auf der anderen Seite ist die koronare Herzerkrankung auch eine Volkskrankung. Das ist eine zunehmende Erkrankung und insbesondere auch zunehmend, weil die Bevölkerung immer älter wird...*

### **Sprecherin**

Hendrik Treede ist Herzchirurg und spezialisiert auf minimal-invasive Katheter-Verfahren am Herzen.

### **Hendrik Treede**

---

<sup>5</sup> <https://www.otz.de/leben/gesundheits-medizin/jenaer-kardiologe-wir-greifen-zu-oft-zum-herzkatheter-id220294659.html>

Das belegt es aber auch, nur mit Daten der OECD, die etwas anders formuliert sind:  
<https://www.tagesschau.de/inland/implantfiles/stents-101.html>

*Tatsächlich kann es sein, dass natürlich durch die große Anzahl der Messplätze auch mehr Patienten auf dem Katheter-Tisch landen als vielleicht unbedingt nötig gewesen wäre.*

### **Sprecher**

Im Herzbericht 2017<sup>6</sup> werden knapp 900 000 Linksherzkatheter-Untersuchungen aufgelistet, die Zahl der herzchirurgischen Eingriffe dagegen sank.

### **Sprecherin**

Ist das ein gutes Zeichen – oder werden Patienten zum Herzkatheter zugewiesen, die einer solchen Intervention gar nicht bedurft hätten?

### **Sprecher**

Herzkatheter sind auch notwendig für sogenannte Transkatheter-Aortenklappen-Implantationen, kurz TAVI.

### **Sprecherin**

Bis vor ein paar Jahren wurden künstliche Herzklappen nur bei Patienten eingesetzt, die eine solche große OP gut vertragen konnten, erklärt der Gesundheitsforscher Gerd Glaeske.

### **Gerd Glaeske**

*Eine normale Klappen-Operation mit offenen Brustbein ist etwa 15.000 € wert, die TAVI-OP 35-38000 Euro wert. Was konnte beobachtet werden? Dass am Anfang sehr spezialisierte Krankenhäuser das machen, weil es auch darum ging, diese Methode handhaben zu können. Und dann ging es aber ganz schnell, dass ganz viele Krankenhäuser das alles konnten...Aber was hat man auch gesehen: Dass vielen Patienten gleichzeitig ein Herzschrittmacher eingesetzt werden musste, damit das überhaupt alles funktioniert.*

### **Hendrik Treede**

*Die Katheter-Klappe ist deswegen so attraktiv, weil sie eben so wenig invasiv ist und*

---

<sup>6</sup> <https://www.kardiologie.org/kardiologie/herzbericht-2017-katheterinterventionen-legen-zu-herzoperationen/15387484>

*die Patienten so wenig belastet und dafür nimmt man dann diese Nachteile gern in Kauf.*

### **Gerd Glaeske**

*Und das bedeutet eigentlich, dass neuere Methoden sicherlich einerseits Vorteile für manche Patienten haben, die bisher nicht operiert werden konnten. Andererseits aber die Versuchungen mit sich bringen, dass sie zu häufig angewendet werden. Und es bringt mehr Geld.*

### **Sprecherin**

Hendrik Treede nennt noch einen anderen Grund: Den Wunsch der Patienten. Der Herzspezialist, erzählt, dass gerade bei neuen Verfahren die Patienten oft mit Internetartikeln in die Sprechstunde kämen und genau diese OP wollten.

### **Hendrik Treede**

*Und das ist insbesondere dann ein Problem, wenn sie eigentlich viel besser geeignet sind für eine operative Methode. Da müssen wir tatsächlich viele Argumente herausholen, um den Patient zu überzeugen, dass er jetzt den größeren Eingriff auf sich nimmt, um dann aber langfristig das bessere Ergebnis zu haben und da sind Patienten manchmal fehlvorgebildet und kommen mit Ideen, die wir ihnen dann umständlich wieder ausreden müssen.*

*Signet*

### **Sprecher**

#### **Das Neueste ist nicht immer das Beste**

### **Gerd Glaeske**

*Das ist tatsächlich eine Eigenart der deutschen Medizin, sehr schnell auf diese Innovationen zu reagieren. Das erlebt man im Bereich der Medizinprodukte, das erlebt man im Bereich der Operationsmethoden, das erlebt man im Bereich der Arzneimittel- das immer die aus meiner Sicht völlig falsch lautende Gleichung genutzt wird: Das Neue ist immer besser. Das Problem daran ist zu beobachten, ob es wirklich besser wird oder ob es eine Situation gibt, bei der ich sagen muss, ich setze*

*das Mittel wieder ab, weil es eben große Risiken gibt, die möglicherweise Patienten und Patientinnen mehr schädigen als es ihm nutzt auf Dauer.*

*Signet*

**Sprecher**

**Beispiel: Ein neues Medikament für Silke K.**

***Silke Koslowsky***

*Ich habe zehn Jahre lang das ...genommen. Ich war eigentlich total glücklich und hatte auch das Gefühl, es wirkt. Und zum Schluss hat das Gefühl ein bisschen nachgelassen.*

**Sprecherin**

Silke Koslowsky behandelt seit über 20 Jahren ihre Multiple Sklerose erfolgreich mit verschiedenen Medikamenten. Doch in der Wirkung lassen diese immer wieder nach, so dass die schubweise verlaufende Krankheit immer wieder aufbricht. So wie auch dieses mal. Im Internet und auf Informationsveranstaltungen hörte sie von einem neuen Medikament. Sie ging zu ihrer Ärztin.

***Silke Koslowsky***

*Und an dem Tag hat sie das Gespräch angefangen, dass sie meinte,so, ich glaube es wird Zeit, langsam zu wechseln. Und dann hatte sie mir die Alternativen genannt. Und da hatte ich gefragt, was sie von...halten würde? Und wo sie sogar eher gezögert hatte und meinte, na ja, wenn sie meinen. Und dann haben wir über die Vor- und Nachteile diskutiert und auch im Vergleich zu den anderen Medikamenten und ich war neugierig und dann habe ich mich für...entschieden. Aber ich als Patient.*

**Sprecher**

Studien aus den USA zeigen, dass bei ca. 30-40 % neuer Mittel aus dem Bereich der Biologica noch zehn Jahre nach Einführung erhebliche Nebenwirkungen erstmals festgestellt wurden, sagt Gerd Glaeske und erklärt, warum das so ist:

### **Gerd Glaeske**

*Wenn Sie ein neues Arzneimittel einführen, dann wird dieses neue Arzneimittel bis zur Zulassung vielleicht an 3000 bis 4000 Patienten eingesetzt. Wenn Sie eine unerwünschte Wirkung erleben wollen, die 1:1000 auftritt und das ist eine sehr häufig vorkommende unerwünschte Nebenwirkung, brauchen sie 4000 Patienten. Wenn Sie eine unerwünschte Wirkung feststellen wollen, die 1:10.000 mal auftritt, brauchen sie 30 000-40.000 Patienten. Die haben sie nicht in den klinischen Prüfungen.*

### **Silke Koslowsky**

*Ich hatte dann Hautprobleme bekommen und die Haare fielen weiter aus, man wusste gar nicht, warum. Weihnachten hatte ich dann kribbelige Füße. Und drei Tage später hatte ich aber am ganzen Körper einen Ausschlag. Ich hatte dann zum Schluss am ganzen Körper keine Haare mehr und Mitte Februar letzten Jahres war es dann so, dass ich erneut einen Ausschlag bekommen habe, vor allen Dingen am Rücken und ich hatte 17 wassergefüllte Blasen unter den Füßen, so dass ich kaum noch laufen konnte vor Schmerzen.*

### **Sprecherin**

Viele Arztbesuche, drei Notaufnahmen im Krankenhaus und viele Untersuchungen und Medikamente später, fand man den Zusammenhang zwischen dem neuen Medikament und den merkwürdigen Symptomen heraus, an denen die 46-Jährige litt.

*Atmo aus OP-Saal, Hüftoperation*

### **Sprecher**

Früher haben Chirurgen operiert, um lebensbedrohliche Erkrankungen abzuwenden. Heute erhoffen sich viele Patienten einfach die Linderung von Schmerzen. Aber gerade diesen Wunsch könnten OPs nicht immer erfüllen

*Signet*

### **Sprecher**

**Beispiel: Orthopädie**



## **Sprecher**

Die subakromiale Dekompression, eine Schulter-Operation, wird in Deutschland rund 92.000mal pro Jahr vorgenommen. Per Schlüssellochtechnik wird etwas vom Knochenvorsprung entfernt.

## **Sprecherin**

Andrew Carr, Leiter des Botnar Research Centre Oxford, hat seine Patienten nachuntersucht und herausgefunden<sup>7</sup>, dass es für deren Befinden egal war, wie viel Knochensubstanz entfernt wurde.

Den Heidelberger Arzt Marcus Schiltewolf, Experte für Orthopädie und Schmerztherapie, wundert das nicht.

## **Marcus Schiltewolf**

*Schultererschmerz wird sehr schnell darauf reduziert, was man da reparieren kann. Man muss generell sagen, dass das Reparieren am Verschleiß, indem man irgendetwas glättet oder abgeschabt- diese Ergebnisse sind nicht so günstig. Das gilt genauso für die Kniegelenksspiegelung bei Verschleiß. Da gibt es unzählige randomisierte Studien, die belegen: Das ist nicht besser als eine Placebo-Operation.*

## **Sprecher**

Nur für 20 Prozent aller orthopädischen Eingriffe haben Gesundheitsforscher bisher belegen können, dass sie dem Patienten besser helfen als eine konservative Behandlung. Außerdem profitieren nicht alle Patienten gleichermaßen von Operationen.

Generell gilt: Ältere profitieren mehr als Jüngere, Patienten mit einem stärkeren Verschleiß eher als solche mit einem geringeren.

## **Sprecherin**

Eine der häufigsten Verschleißerscheinungen bei älteren Menschen betrifft die Hüfte. Die meisten wünschen sich eine Hüftprothese.

---

<sup>7</sup> <https://www.spiegel.de/plus/schmerzen-in-ruecken-schulter-knie-wie-sich-operationen-vermeiden-lassen-a-00000000-0002-0001-0000-000160834497>

### **Marcus Schiltenwolf**

*85 bis gut 90 % sind danach zufrieden. Aber wir bauen ja etwa 250.000 Hüften im Jahr ein in Deutschland. Wenn 10 % nicht zufrieden sind, haben wir jedes Jahr 25.000 nicht zufriedene Patienten. Nicht dass die Hüfte nicht funktioniert. Sondern sie sind nicht zufrieden. Das sind zum Teil seelische Anliegen - also sie sind bei der Operation zu sehr depressiv oder sie erwarten das Falsche, also mit der Hüfte lösen sich auch alle anderen Probleme. Oder sie haben sowieso einen sehr hohen Beschwerdedruck, d.h. also sie hatten vor der Operation nicht nur Hüftschmerzen, sondern sie hatten Schmerzen am ganzen Körper als Ausdruck von einem schwierigen Stress-oder Belastungserleben oder Stressregulation.*

### **Sprecher**

Der verantwortungsvolle Arzt müsste genau diese Patienten vorher herausfiltern und nur die operieren, die die beste Prognose haben.

### **Sprecherin**

Ob die Patienten dafür Verständnis haben, ist fraglich.

### **Burkhard Lembeck**

*Wir haben in der Orthopädie oft das Phänomen, dass man Operationen machen kann, aber nicht zwingend muss. Also wir haben ganz selten absolute Indikationen, Notfälle.*

### **Sprecherin**

Burkhard Lembeck, ein niedergelassener Orthopäde, operiert seine Patienten am nahegelegenen Krankenhaus. Notfälle sieht er eigentlich nur, wenn die Patienten neurologische Ausfälle, also Gefühlstörungen haben. Bei vielen Beschwerden etwa des Rückens oder der Schulter könne man auf Zeit und konservative Therapie setzen. Oft gebe es auch eine Spontanheilung. Das müsse man mit dem Patienten besprechen und könnte danach die Hände in den Schoss legen. Könnte.

### **Burkhard Lembeck**

*Wenn das Honorarsystem nur Operationen bezahlt und Sprechen nicht, dann ist der ökonomische Druck einfach da. Das will keiner von uns. Also ich glaube, wir alle*

*treten ja doch an, weil wir gute Medizin machen wollen. Wenn Patienten, die mehr an Beschwerden mitbringen, für sie wirtschaftlich uninteressanter sind, weil sie mehr Zeit benötigen und wenn sie diese Zeit nicht bezahlt bekommen, dann geht es doch auf Masse.*

*Signet*

**Sprecher**

**Das Gesundheitssystem ist therapiebedürftig, aber heilbar.**

**Gerd Glaeske**

*Das ist auch etwas, was die OECD im Vergleich der europäischen Länder immer wieder darstellt: Wir haben ein sehr teures System, aber wir haben nicht ein System, was wegen der Ausgaben zu einer längeren Lebenserwartung führt. Und das ist eigentlich so ein Widerspruch, den man auflösen sollte, damit man sieht, es lohnt sich das, was wir tun. Nein, an vielen Stellen lohnt es sich nicht mal erkennbar, weil andere Länder, die weniger machen, eigentlich eine höhere Lebensqualität und eine höhere Lebenserwartung haben als wir.*

**Sprecherin**

Seit Jahren wird von allen Seiten moniert, dass unser Gesundheitssystem dringend reformiert werden muss, damit Übertherapie, Unter- und Fehlversorgung nicht länger Patienten gefährden.

**Sprecher**

In Baden-Württemberg haben 2014 die AOK, die BKK BOSCH und der Berufsverband der Orthopäde etwas geändert und einen bundesweit einzigartigen Vertrag entwickelt, an dem teilnehmende Orthopäden fürs Zuhören und Sprechen bezahlt werden.

**Sprecherin**

600 Orthopäden und Chirurgen und mehr als 650.000 Patienten haben sich für das „Facharztprogramm Orthopädie“ eingeschrieben. Auch Burkhard Lembeck.

### **Burkhard Lembeck**

*Für Sie als Patient heißt es, dass sie bestimmte Serviceleistungen besser haben: Die Terminvergabe ist zum Beispiel geregelt. Dazu kommt noch für den Patienten, dass er für Medikamente keine Zuzahlung leisten muss usw. Es hängt ein anderes Honorarsystem dahinter. Ich werde zum Beispiel nicht mehr für eine Einzelleistung bezahlt -Röntgen, Sonografie. Die Honorierung verbessert vor allen Dingen die Zeit mit dem Patienten. Ich kriege nicht umso mehr Geld, je mehr ich Röntgenbilder mache, je mehr Spritzen ich setze. Sondern es ist oft ausreichend, wenn wir einfach miteinander sprechen. Die Zeit wird bezahlt.*

### **Sprecher**

Die Universität Frankfurt am Main hat das Baden-Württembergische „Facharztprogramm Orthopädie“ evaluiert.

### **Burkhard Lembeck**

*Wir sehen unter anderem, dass zum Beispiel die Zahl der Bandscheibenoperation gesunken ist, dass Diagnostik gezielter eingesetzt wird, dass weniger Medikamente verschrieben werden bei Rückenschmerzen zum Beispiel. Wir sehen, dass die AU Zeiten sinken, also Arbeitsunfähigkeitszeiten, weil wir uns besser um die Patienten kümmern können.*

### **Sprecher**

Im „Ländle“ hat man mit Mut zur Veränderung den Weg zu eine anderen Medizin eingeschlagen.-Das Programm schützt den Patienten vor Übertherapie, ohne den Arzt zu ruinieren.

### **Sprecherin**

Ein Modell für andere, sollte man meinen. Schön wäre es, sagt Marcus Schiltewolf.

### **Marcus Schiltewolf**

*Kurioserweise überzeugt das andere gesetzliche Krankenversicherungen überhaupt nicht. Man sagt etwas spöttisch, der Chef der AOK Baden-Württemberg - das ist so ein Exot, ein Spinner oder wie auch immer. Wir übernehmen das nicht. Also scheinen doch die anderen Krankenversicherungen diese Sache mit den vielen Operationen*

*gar nicht zu schlecht zu finden. Das ist sehr schade, weil im Grunde genommen diese Kernbotschaft „für eine gelingende Beziehung und die Beziehung als Grundlage dessen, dass der Patient mit seinen Krankheiten besser selbst zurechtkommt, brauche ich Zeit“, die wird nicht verstanden. Und wenn wir mehr Zeit haben, haben wir weniger Risiko fehlgeleiteter Medizin.*

### **Burkhard Lembeck**

*Es geht ja nicht darum, dass man jetzt die Revolutionen ausruft. Es verlangt von allen Beteiligten im Gesundheitssystem, von den Krankenkassen, von den Ärzten, dass sie umdenken müssen. Systeme sind unglaublich beharrungsfähig, unglaublich starr. Weil man sich da selbst auch mal infrage stellen müsste, ob denn alles so gut war die letzten Jahre im Gesundheitssystem? Und man stellt seine eigene Rolle und seine eigenen Überzeugungen infrage. Das ist ein dickes Brett, was sie bohren müssen.*

*Musik*

### **Absage**

**Übertherapie: Ursachen und Folgen**

**Sie hörten ein Feature von Dorothea Brummerloh**

**Es sprachen: Janina Sachau, Axel Gottschick und Christoph Wittelsbürger**

**Ton und Technik: Michael Morawietz und Caroline Thon**

**Regie: Maria Schüller**

**Redaktion Ulrike Bajohr**

**Eine Produktion des Deutschlandfunks 2019**

*\* Familie Meier ist auf Wunsch anonymisiert*

**Ende 43'22**