

Über Risiken in der Medizin und anderswo



Eberhard Wolff

Unserem Familienauto haben wir den Namen «Rosita» gegeben. Rosita ist vulkanrot, kommt aus Spanien, hat einen italienischen Designer, und ihr Vorsprung durch Technik kommt aus Deutschland. Wir lieben unsere Rosita und wissen ihre ausgefeilte Sicherheitselektronik zu schätzen. Neulich aber, im Ausland und im grossen Zeitdruck, leuchtete plötzlich einmal eines dieser Lämpchen am Armaturenbrett auf, deren Existenz man nur ahnt. Irgendetwas mit der Abgasanlage. Die Bedienungsanleitung empfahl uns, mit begrenztem Gas eine Garage anzusteuern. Was tun? Der Empfehlung brav folgen und unsere Tochter nicht mehr rechtzeitig am Zürcher Bahnhof in Empfang nehmen können oder das Risiko eingehen und einfach weiterfahren? Wir taten Letzteres. Das Lämpchen ging wieder aus, meldete sich ein paar Tage später erneut. Der konsultierte Garagist unseres Vertrauens sagte dann so etwas wie: In der Elektronik hat sich etwas «aufgehängt». Der Bordcomputer hat keine Kontrolldaten mehr erhalten und deshalb Alarm geschlagen. Wir sollten erst einmal so weiterfahren. Falscher Alarm also?



Praktizierenden Medizinern müsste dieses Szenario aus ihrer täglichen Berufspraxis nur zu bekannt vorkommen. Irgendeines der vielen physiologischen Kontrolllampchen im Körper eines Patienten leuchtet auf. Was tun? Abwarten und hoffen, dass sich alles wieder beruhigt? Gleich die gesamte diagnostische, präventive oder therapeutische Maschinerie anlaufen lassen? Das Feld der medizinischen Entscheidungsfindung ist ebenso wichtig wie kompliziert. Die Nutzen-Risiko-Abwägung ist eine ständige Herausforderung.

Die Geschichte mit unserer Rosita hat mich an eine ältere, höchst anregende US-amerikanische Studie erinnert [1]. Sie fand heraus, dass dortige Ärzte häufig auch dann Impfungen gegen Hepatitis A oder Tollwut verabreichten, wenn sie streng medizinisch nicht indiziert waren. Die Gründe hierfür waren vielfältig. Die Ärzte kamen dem Wunsch der Patienten nach, wollten einen Patienten beruhigen oder selbst Ruhe vor einem unbequemen Patienten haben. Sie wollten möglichem Ärger durch Vorgesetzte, durch die Presse oder Politiker vorbeugen oder einer Schadensklage entgehen. Sie wollten lieber etwas tun als nichts unternehmen. Generell tendierten Therapeuten in ihrer Praxis offenbar eher zur Intervention als zum Abwarten. Sie, wie die betroffenen Patienten,

wollten auch beim unwahrscheinlichsten Risiko ganz «auf der sicheren Seite» stehen und gingen daher vom «worst case scenario», dem schlimmsten möglichen Fall aus, um wirklich alle Gefahren zu minimieren.

Ganz anders beschrieb mir neulich ein langjähriger Hausarzt den häufigen Fall aus seiner ehemaligen Praxis, wenn ein Patient mit Fieber und Husten ihn konsultierte. Vor seinem inneren Auge lief dann die ganze Palette möglicher Diagnosen ab. Doch oft ging der Hausarzt bewusst nicht vom «worst case» aus, folgte Erfahrung und Intuition, verzichtete auf Intervention – und war sich bewusst, dass er damit das Risiko einer Fehlentscheidung auf sich nahm.

Wie wir Menschen wann mit welchen Risiken umgehen, ist nicht nur ein medizinisches Problem. Der Genfer Historiker François Walter hat unlängst eine Kulturgeschichte der Katastrophen vom 16. bis ins 21. Jahrhundert veröffentlicht [2]. Das Buch ist nicht nur historisch interessant. Es handelt auch von unserer Risikowahrnehmung in den letzten Jahrzehnten. Unsere technisierte Gesellschaft verursacht Risiken zu

einem immer grösseren Anteil selbst. Aber sie hat auch ein immer ausgefeilteres Instrumentarium, Risiken zu erkennen. Daraus entwickelt sich eine erhöhte Wahrnehmungsbereitschaft gegenüber Risiken als eine Art Denkmodus. Wir bewegen uns auf eine Gesellschaft zu, die vermehrt in Kategorien des «worst case» denkt und die Katastrophe als Orientierungspunkt nimmt. Mir kommt dabei immer der öffentliche Umgang mit der letzten Schweinegrippe-Epidemie in den Sinn. Kritiker entdecken in unserem heutigen Umgang mit alltäglichen Risiken die Haltung einer «Vollkasko-Mentalität».

Und damit sind wir wieder bei unserer Rosita angelangt. Die immer ausgefeiltere Sicherheitselektronik neuerer Autos bis hin zu Abstandswarnern meldet uns viele Risiken, die wir früher ohne Schaden überhaupt nicht wahrgenommen hätten. Aber Rosita bereits etwas veralteter Bordcomputer hat mir immerhin schon mindestens zwei Blechschäden erspart. Ein Dilemma. Ein Leitsymptom unserer Moderne? Zumindest ein Hinweis, dass es in der Medizin oft ähnlich zugeht wie im restlichen Leben.

Eberhard Wolff*

* PD Dr. rer. soc. Eberhard Wolff ist Kulturwissenschaftler, Medizinhistoriker und Mitglied der Redaktion Medizingeschichte der Schweizerischen Ärztezeitung.

1 McCombie SC. The Politics of Immunization in Public Health. *Social Science and Medicine*. 1989; 28:843–9.

2 Walter F. Katastrophen. Eine Kulturgeschichte vom 16. bis ins 21. Jahrhundert. Stuttgart: Philipp Reclam jun.; 2010.

eberhard.wolff@saez.ch