

Hier präsentieren wir Ihnen Teil 3 einer dreiteiligen Serie mit Gedanken darüber, was Hausärztinnen und Hausärzte alles tun sollten – und wie sie dies erfüllen können. Teil 1 hat sich mit der Prävention und Zusammenarbeitsvereinbarung zwischen Arzt/Ärztin und Patient/Patientin befasst, Teil 2 mit der Zusammenarbeit an der Schnittstelle zwischen Hausarzt/Hausärztin und Spital.

«Herr Doktor, muss ich das machen lassen?»

Teil 3: Gemeinsam entscheiden in der Ungewissheit/Unsicherheit

Armand Rapp^a, Bruno Kissling^b

^a Hausarzt in Zürich und Partner von mediX zürich; ^b Hausarzt im Ruhestand, vormaliger Co-Chefredaktor Primary and Hospital Care, Buchautor

Was man heute medizinisch alles machen kann, ist enorm und schürt die Verunsicherung im Rahmen der ubiquitären Ungewissheit/Unsicherheit oft mehr, als dass es sie beruhigt. Auf allen medialen Kanälen und auch von Ärztinnen und Ärzten werden Menschen aufgefordert, diese und jene Untersuchung machen zu lassen. Darunter finden sich viele mit fraglichem Nutzen, und bergen ein hohes Risiko für gefährliche Überdiagnostik und Übertherapie. Herausforderung für uns Hausärztinnen und Hausärzte ist es, mit dem heutzutage normalerweise vor-/des-/informierten Patienten gemeinsame angemessene Entscheidungen im Rahmen von Ungewissheit/Unsicherheit und Ambivalenz zu treffen.

Vier Beispiele von Ungewissheit/Unsicherheit und Verunsicherung

In Medizinsendungen im Fernsehen und Berichten in anderen Medien ist immer wieder zu vernehmen, dass man diese Krankheit neuerdings früh erkennen kann oder dass jene Krankheit massiv unterdiagnostiziert wird. Ich denke zum Beispiel an Milch- und Glutentoleranz. Ein Testimonial sagt: *«Jahrelang haben mich die Ärzte nicht ernst genommen oder nicht herausgefunden, was ich habe. Nun ist die Diagnose klar. Seit diesem Test und entsprechender Behandlung mit diesem Medikament geht es mir endlich besser, zwar nicht gut, aber immerhin, ich mache Fortschritte. Hätte man früher daran gedacht, wäre viel Leid erspart geblieben.»* Die Hausärztinnen und Hausärzte werden aufgefordert, immer an diese Krankheit zu denken und die für die Diagnose nötigen Untersuchungen durchzuführen. Es kann leider durchaus sein, dass die beigezogenen Ärztinnen und Ärzte – oft ist es nicht nur ein einziger Arzt – kollektiv an einer Diagnose vorbeigeschaut haben. Das ist tragisch, darf nicht sein.

Verunsicherung bei MUS

Viel öfter aber dürfte sein, dass Menschen an MUS (*medically unexplained symptoms*, früher MUPS: *medically unexplained physical symptoms*) leiden, an medizinisch nicht erklärbaren Symptomen, an funktionellen vegetativen Beschwerden. Diese können durchaus gewisse Ähnlichkeiten mit den im Medienbericht geschilderten Symptomen aufweisen. Die Betroffenen können gut mit diesen umgehen, haben keinen wesentlichen Leidensdruck. Nun sind sie verunsichert, ob man bei ihnen nicht doch auch nach dieser Krankheit suchen sollte. Anlässlich ihres nächsten Arztbesuches wegen eines grippalen Infektes fragen sie den Hausarzt: *«Herr Doktor, muss ich das machen lassen?»*

Disease mongering durch Plakatwerbung

Oder grosse, emotional aufgemachte Plakate machen auf eine häufige Störung aufmerksam, beispielsweise verminderte sexuelle Lust, Schlafstörungen oder Obstipation. Sie empfehlen, mit dem Arzt darüber zu sprechen. Die entsprechende Firma, die höchstens sehr diskret genannt ist, hat ein Medikament, das man



in diesen Situationen anwenden könnte, und sucht Kundschaft. Die Ärzteschaft wurde auf anderen Kanälen über dieses Medikament informiert. Diese Werbekampagne macht direkte Kundenwerbung (*direct to consumer advertizing*), ohne das rezeptpflichtige Medikament benennen zu müssen, denn das wäre verboten. Bei der nächsten oder einer eigens wegen des auf dem Plakat entdeckten Symptoms vereinbarten Konsultation wendet sich der verunsicherte Patient an mich: *«Herr Doktor, und dann habe ich noch diese mangelnde sexuelle Lust ...»*

Standardisierte Nachuntersuchungen – notwendig?

Der Spezialist hat bei meiner Patientin, die ich ihm zugewiesen habe, eine Krankheit seines Fachs diagnostiziert und behandelt. Ich denke zum Beispiel an eine stabile koronare Herzkrankheit oder an die Implantation einer Hüftgelenks-Totalendoprothese. Ich betreue die Patientin in der Folge hausärztlich weiter. In regelmässigen Konsultationen besprechen wir ihren Gesundheitszustand, beurteilen den Krankheitsverlauf und legen die Dosierung der Medikamente fest. Die Situation ist erfreulich stabil. Die Patientin ist beschwerdefrei. Der Spezialist wäre zurzeit nicht nötig. Im Bericht aber steht, der Hausarzt solle die Patientin in einem Jahr zur Kontrolle anmelden. Oder, die Patientin werde in einem Jahr direkt wieder zu Kontrolle aufgeboten: *«Herr Doktor, muss ich das machen lassen?»*

Fragwürdige Operationsempfehlung

Sie sehe gut, sagt die betagte Frau, die am Abend als Anhang zur regulären Sprechstunde noch einen Notfallmässigen Konsultationstermin erhalten hat. Am anderen Morgen um 9 Uhr müsse sie eine Kataraktoperation am linken Auge vornehmen lassen. Sie zweifelte

schon die längste Zeit an dieser Empfehlung des Augenarztes. Nun hat sie, im letzten Augenblick, die Verunsicherung so stark gepackt, dass sie allen Mut zusammennahm und sich an mich gewendet hat, ihren langjährigen Hausarzt, den sie wegen ihrer guten Gesundheit kaum je braucht: *«Herr Doktor, muss ich das machen lassen?»*

Die Verunsicherung in der hausärztlichen Konsultation gemeinsam bewältigen

Im Sandwich zwischen solchen medial gestreuten oder von Spezialisten standardmässig empfohlenen Vorgehensweisen und dem überforderten und verunsicherten Patienten klären wir, wie üblich, den Konsultationsgrund. Wir besprechen sein Symptom/Problem. Wir vereinbaren, falls nötig, spezifische Untersuchungen und treffen eine gemeinsame «Beurteilung». Zusätzlich betrachten wir den Zusammenhang seiner aktuellen Situation mit der Information, die Anlass zur Verunsicherung und Konsultation war. Dabei hilft mir das ICE-Modell [*Ideas* (Vorstellungen), *Concerns* (Bedenken), *Expectations* (Erwartungen)]:

- Welche Vorstellung, welches innere Bild macht sich der Patient über sein Symptom?
- Was spürt er genau? Wie wirkt es sich aus?
- Was bewegt ihn, dass er sich durch diese Werbung angesprochen fühlt?
- Ermutigt ihn der mediale Hinweis, die Ärztin endlich einmal auf dieses Symptom, das ihn schon lange verunsichert, anzusprechen?
- Was dachte er vor dem medialen Hinweis darüber?
- Was hat sich durch den medialen Hinweis verändert?
- Welche *Bedenken* hatte er vor dem Hinweis?
- Wie haben sich seine Bedenken durch den medialen Hinweis verändert?

- Wer kam auf die Idee, dass er sich mit dem Symptom an die Hausärztin wenden soll?
 - Gibt es einen anderen Grund, weshalb er sich für eine Arztkonsultation angemeldet hat? Welchen?
 - Wie wäre es für ihn, wenn eine automatisierte Nachkontrolle nur dann durchgeführt würde, wenn er Beschwerden verspürt?
 - Was *erwartet* der Patient von diesem Gespräch?
 - Wieweit benötigt er für die Entscheidung Hilfe von hausärztlichen oder einer anderen Seite?
 - Was kann er selber tun?
 - Welche Unterstützung ist von Seiten des Arztes nötig?
- Als Arzt informiere ich den Patienten/die Patientin offen und verständlich darüber, dass

- seltene Krankheiten gerne medial zu einer Volkskrankheit hochstilisiert werden und zu Überdiagnostik führen;
- hinter medialen Hinweisen zur Förderung von Diagnosen auch kommerzielle Interessen stecken können – mehr als das Wohl der Patienten;
- standardisierte Nachuntersuchungen keine «Garantie» für einen guten Verlauf bieten und keinen Schutz vor Zwischenfällen darstellen;
- auch von Ärzt/-innen «Routine»-Operationen unnötig oder zu früh empfohlen werden.

Ich nehme die Situation zum Anlass, mit dem Patienten über die Ungewissheit/Unsicherheit zu sprechen, die alle Bereiche der Medizin durchflucht und durch die Arzt und Patient gemeinsam navigieren können:

- Wie weit reicht meine hausärztliche Kompetenz, Indikationen für fragwürdig scheinende, fachspezifische Standard-Vorgehensweisen oder unklar indizierte Operationen zu korrigieren?
- Wie sollen wir mit allfällig auftretenden Komplikationen umgehen, wenn wir uns gemeinsam gegen die Verordnung der spezialärztlichen Instanz zum Nicht-Handeln entscheiden?
- Wie können wir bei einer allfälligen Komplikation abschätzen, ob diese nicht auch aufgetreten wäre, wenn wir die vom Spezialisten empfohlenen regelmässigen Nachuntersuchungen durchgeführt hätten?
- Sollen wir uns vor der (Mit-)Verantwortung schützen, indem wir diese Art von Kontrollen oder spezialärztlichen Indikationen nicht in Frage stellen?
- Wer ist verantwortlich für die Kosten und den personellen Ressourcenverschleiss für standardisierte Kontrollen, deren Nutzen nahe der Nullgrenze liegen?
- Wer ist verantwortlich für die Qualität der Indikationsstellungen?

Zudem frage ich mich selbstkritisch:

- Wie häufig gehe ich als Arzt den Weg des geringsten Widerstandes und «verordne» das entsprechende

Begehren des Patienten/der Patientin, weil ich in meiner stark frequentierten Sprechstunde die Energie für eine zeitaufwändige Klärung dieser Fragen nicht aufbringen kann?

Die Kraft von Argumenten aus verschiedenen Quellen

Gespräche in diesen Bereichen und in der Dimension von zusätzlich geschürter Ungewissheit/Unsicherheit sind herausfordernd, für den Patienten und für mich als Arzt. Die Überzeugungskraft von medialen Berichten ist gross, für manche Menschen grösser als mein Fachwissen. Andere vertrauen mir mehr als den Plakaten, weil wir eine bereits seit längerer Zeit bestehende Arzt-Patienten-Beziehung haben und schon manche Probleme erfolgreich bewältigen konnten. Für manche Patient/-innen haben die standardmässig brieflich festgehaltenen fachärztlichen Vorgehensempfehlungen sozusagen einen Verordnungs- und Garantie-Charakter für einen Langzeiterfolg. Zudem sind da die «Schattensysteme». Der Patient weiss, dass sein deutlich älterer Nachbar, der in der «gleichen» Situation ist, diese Nachuntersuchungen seit vielen Jahren immer macht und es ihm (deswegen) immer noch gut geht. Und leicht könnte ich mit meiner Zurückhaltung den Anschein erwecken, dass ich an ihm sparen wolle.

Appell an gemeinsames Entscheiden bei Ungewissheit/Unsicherheit

Für uns Hausärztinnen und Hausärzte sind Entscheidungsfindungen mit den Patient/-innen im Spannungsfeld von Versprechungen, Erwartungen und Möglichkeiten in einem Feld von Ungewissheit/Unsicherheit tägliches Brot. Diese Herausforderung nehmen wir gerne an. Wir muten uns die Kompetenz für ein Gespräch mit dem Patienten über Sinn, Nutzen und Risiken im Bereich der genannten Themen zu. Im «Tanz» mit der Ambivalenz finden wir mit dem Patienten eine für ihn passende Vorgehensweise.

Als Hausarzt/-innen möchten wir an die Spezialarzt/-innen appellieren. Mögen auch sie den Weg zu einer vernünftigen, sinnvollen, angemessenen, situationsgerechten und personenzentrierten, personell und finanziell ressourcenbewussten Medizin mitgestalten. Als Hausärztinnen und Hausärzte können wir diese Aufgabe nicht alleine mit unseren Patientinnen und Patienten stemmen.

Mögen wir Ärztinnen und Ärzte lernen, mit jedem einzelnen Patienten eine Zusammenarbeitsvereinbarung zu erarbeiten, in der wir gegenseitige Erwartungen, Verantwortlichkeiten und Spielregeln für eine konstruktive

Ende der Trilogie

Es ist uns Autoren ein Anliegen, dass wir – im Rahmen unserer hoch technisierten Medizin mit ihren wunderbaren Möglichkeiten – alle gemeinsam und in guter Zusammenarbeit an der Verwirklichung einer personenzentrierten Medizin arbeiten. Jeder und jede von uns, ob wir im Spital, in der spezialärztlichen oder in der Hausarztpraxis tätig sind, trägt Mitverantwortung. Wir alle haben bei jeder Visite am Spitalbett und in jeder Konsultation die Möglichkeit, mit dem Patienten so zu sprechen, dass wir mit ihm zusammen über Untersuchungen und Therapien entscheiden, die für ihn in seinem Lebenskontext und mit Blick auf seine Ziele angemessen und sinnvoll sind. Nur gemeinsam können wir die alles durchdringende Ungewissheit/Unsicherheit auf eine gute Art überwinden und eine Medizin gestalten, die dem Menschen dient. Durch das Zusammenbringen der medizinisch-technischen Möglichkeiten mit den Bedürfnissen des Patienten/der Patientin können wir eine glaubwürdige(re) Medizin von hoher Qualität erreichen – und wahrscheinlich auch eine kostengünstigere, zumindest aber eine kosteneffizientere. Durch das konsequente Weglassen von Unnötigem werden wir mehr Zeit für die kranken Menschen haben, weniger Stress und mehr Befriedigung in unserem Beruf. Burn-out Prophylaxe pur.

Korrespondenz:
Dr. med. Bruno Kissling
Facharzt für Allgemeine
Innere Medizin FMH
Bern
bruno.kissling[at]live.com

Zusammenarbeit klären. Auf einem solchen Fundament werden wir mit den vielen Anforderungen, die an uns herangetragen werden, besser klar kommen. Und mögen wir lernen, mit dem Patienten/der Patientin in spezifischen Situationen zu klären, was das konkrete Problem ist und was genau es zum Problem macht, was anders werden sollte und was genau als Ziel/Lösung angestrebt werden könnte.

Und mögen auch die Medien mit ihrem grossen Einfluss auf die Bevölkerung über die Risiken von gefährlicher Überdiagnostik, Übertherapie, Überkontrollen und den damit verbundenen Gefahren für die Gesundheit und Verschwendung von Ressourcen informieren. So können wir uns alle gegenseitig bestärken, dass mehr tun nicht besser sein muss.

Dank

Herzlichen Dank an Peter Ryser, mit seiner jahrzehntelangen Erfahrung als Supervisor von Ärzten und Ärztinnen, für die kritische Gegenlektüre und die wertvollen Hinweise für eine lösungsorientierte Betrachtung.

Bildnachweis

ID 125165980 © Rolffimages | Dreamstime.com