

Warum ist es so schwer, nicht zu (be)handeln?

Klaus Linde

Institut für Allgemeinmedizin, Technische Universität München

Warum akzeptieren, ja wünschen wir das als Patienten?

Unter anderen Bedingungen wäre das

- Nötigung:
 - Machen Sie den Oberkörper frei!
 - Nehmen Sie diese Pillen 10 Tage 3x täglich!
 - Hören Sie mit dem Rauchen auf!
- Körperverletzung:
 - Ich nehme Ihnen jetzt Blut ab
 - Wir machen ein kleines Loch in Ihren Bauch und schneiden das einfach raus

Warum akzeptieren, ja wünschen wir das als Patienten?

Unsere Situation

- Es geht uns schlecht (oder wir machen uns um unsere Gesundheit Sorgen)
- Wir können das Problem nicht selbst lösen
- Wir sind dadurch in der Regel emotional belastet

Was qualifiziert die Ärzte und welche Werte schützen (uns als) Patienten?

Fachexperten mit Spezialwissen, Fähigkeiten und internalisierten Rollenmustern

- Primat Wohlergehen des Patienten
- Funktionale Spezifität
- Affektive Neutralität

Das ärztliche Therapieideal:

1. Behandeln nur wenn nötig
2. Behandeln nur mit funktional spezifischen Interventionen

Wissenschaft als zentrale Quelle des Wissen, was funktional spezifisch ist

1. Ein im Rahmen des vorhandenen Wissens mehr oder minder plausible Theorie
2. Evidenz aus klinischen Studien
3. Autorität der akademischen Disziplin

Die Realität (v.a. beim Hausarzt)

- Unklare Beschwerden
- Leichte Erkrankungen
- Beginnende (schwere) Erkrankungen
- Chronische Erkrankungen
- Multimorbidität

Die Realität (v.a. beim Hausarzt)

- Unklare Beschwerden
- Leichte Erkrankungen
- Beginnende (schwere) Erkrankungen
- Chronische Erkrankungen
- Multimorbidität

Unsicherheit und Unbestimmtheit

Die Realität (v.a. beim Hausarzt)

- Unklare Beschwerden
- Leichte Erkrankungen
- Beginnende (schwere) Erkrankungen
- Chronische Erkrankungen
- Multimorbidität

Diagnostische und therapeutische Niederlagen

Entscheidungsregeln (Wertvorgaben?) in unsicheren Situationen

- Recht: Unschuldig bis das Gegenteil bewiesen ist
- Statistik: $\alpha=5\%$, $\beta=20\%$
- Medizin:
 - “when in doubt delay decisions”
 - ’primum nihil nocere’
 - “when in doubt diagnose illness”
 - “better safe than sorry” (lieber handeln als bereuen)

Zahllose Gründe zu (be)handeln

Beispiel 1: Pseudo-Fehler

Patient mit rechtsthorakalem Schmerzen verstirbt wenige Tage nach (angemessener) hausärztlicher Ausschlussdiagnostik an akutem Myokardinfarkt/kardiogenem Schock

- Gesenkte diagnostische Schwelle für die Zukunft: mehr Tests, mehr falsch positive Ergebnisse, mehr Interventionen...

Zahllose Gründe zu (be)handeln

Beispiel 1: Pseudo-Fehler

Patient mit rechtsthorakalem Schmerzen verstirbt wenige Tage nach (angemessener) hausärztlicher Ausschlussdiagnostik an akutem Myokardinfarkt/kardiogenem Schock

- Gesenkte diagnostische Schwelle für die Zukunft: mehr Tests, mehr falsch positive Ergebnisse, mehr Interventionen...

Zu viel zu handeln wird seltener als Risiko empfunden als nicht zu handeln!

Zahllose Gründe zu (be)handeln

- Gefühlter Erwartungsdruck durch Patienten
- Etwas muss getan werden (avoid paralyzing hesitation)
- Kontrolle und Gesicht bewahren
- Das Gefühl geben den Patienten ernst zu nehmen
- Vermeidung längerer, evtl. kontroverser Gespräche
- Leitlinien
- Forensische Überlegungen
- Wettbewerb
- ...

Die (Haus-)Ärzte haben durchaus ein ungutes Gefühl dabei....

Coping Strategien

- Ideale anpassen
- Sich selbst überzeugen, dass die eigene Handlungsweise angemessen ist

Weitere (problematische?) Strategien....

- Komplementäre und alternative Medizin
- Placebos und unspezifische Therapien

Legitime Strategien

- Zeit
- Information
- Zuwendung und Empathie
- Bessere (risikoärmere) Behandlung?

Legitime Strategien

Zentral erscheint mir die offenere Anerkennung unserer (medizinischen und ärztlichen) Grenzen

Das ist ein extrem große Herausforderung

Legitime Strategien

Zentral erscheint mir die offenere Anerkennung unserer (medizinischen und ärztlichen) Grenzen

Das ist ein extrem große Herausforderung

Demut und Verantwortung

Tue das Beste vs. tue Gutes für mich

„Tue das Beste für mich“ – diesen Anspruch erlebt Harald Abholz [4] bei seinen Patienten. Ich fürchte, er beschreibt einen Mythos, der mit dazu beiträgt, die deutsche Allgemeinmedizin in eine Sackgasse zu manövrieren. Das Beste ist dann eben nicht, eine plausible, aber unsichere Diagnose zu akzeptieren, sondern doch noch ein MRT zu machen – zur Sicherheit. Das Beste ist dann eben nicht die gewissenhafte hausärztliche Einschätzung des Brustwand syndroms, sondern die Bewertung des Kardiologen – am besten mit dem Katheter. Das Beste und das Besondere sind dann auch die heilversprechende Akupunktur, die immunmodulierenden Bachblüten, das intensive homöopathische Anamnesegespräch.

„Nur das Beste ist gut genug“ ist das Mantra des Gesundheitsmarktes, der ruft: „mehr“, „schneller“, „besser“.

Tue das Beste vs. tue Gutes für mich

„Ich glaube, dass viele Patienten immer noch mit diesem „gut genug“ zufrieden sind, diesem „gut genug“, das keine Heilung verspricht, aber Anerkennung der Lebensleistung vermittelt, diesem „gut genug“, das sich nicht scheut, eine chronische Erkrankung als chronisch zu beschreiben. Dieses „gut genug“ braucht dann kein Placebo, um Arzt und Patient zu narren, sondern es schafft Erleichterung, im Arzt einen Zeugen gefunden zu haben, der das Leid versteht. Dieses „gut genug“ erspart den Patienten die enttäuschende Erfahrung, dass die teuer erkaufte Wunderbehandlung und die häufigen Besuche beim „ganzheitlich behandelnden Mediziner“ auch nur Stückwerk bleiben.“

Tue das Beste vs. tue Gutes für mich

Erfahrungen eine EBM-Unterrichtenden

Für die Studierenden ist die Vorstellung, dass nicht alles was sie diagnostisch oder therapeutisch tun, dem Patienten nutzt, eine neue Idee

Fazit

- Nicht zu (be)handeln, ist schwer!
- Es geht hier nicht nur um rationale Strategien, sondern um tief eingegrabene Rollenmuster und Problemlösungsstrategien
- Rezepte zur Verbesserung: erstmal Beobachten derjenigen, die (hoffentlich wirklich) gut handeln; dann (hoffentlich) diese lehren....

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!