

Stellt uns die chronische Herzinsuffizienz vor ethische Probleme?

In der «Stratégie», die Sie in dieser Nummer von PrimaryCare lesen werden, sind mir drei Punkte aufgefallen:

- Bei über 75jährigen kann die Prävalenz der Herzinsuffizienz in der Allgemeinbevölkerung 15% erreichen.
- Von diesen 15% herzinsuffizienten Personen haben 60 bis 70% eine koronare Herzkrankheit.
- Die Herzinsuffizienz aufgrund einer ischämischen Herzerkrankung hat eine besonders schlechte Diagnose. Aus diesem Grund ist es wichtig, im Hinblick auf eine mögliche koronare Revaskularisation nach einer reversiblen Myokardischämie zu suchen.

Draus folgere ich, dass bis zu 10% unserer über 75 Jahre alten Patienten weiterführende Untersuchungen ihrer Herzkranzgefässe oder eine Revaskularisation hinter sich haben müssten oder Kandidaten für invasive Revaskularisations-Eingriffe wären.

Das überrascht mich, da es mir scheint, dass wir oft unseren Patienten gerade wegen ihres Alters invasive Untersuchungen nicht vorschlagen. Manchmal wird diese Haltung durch die Konsultation von Kardiologen oder Herzchirurgen umgestossen, die ältere Patienten manchmal anders beurteilen.

Warum scheint die ambulante Praxis hier so verschieden von der Stratégie, welche die medizinische Poliklinik vorschlägt? Weil wir unsere Zeit damit verbringen, auszuwählen und diese Wahlmöglichkeiten den Patienten mehr oder weniger deutlich zu erklären. Aber wie um Himmels willen soll ich diese Wahl treffen?

Dies führt mich dazu, mir Gedanken über die *Faktoren zu machen, welche die ärztliche Entscheidung im Dialog mit dem Patienten beeinflussen*. Ich habe in der Literatur über dieses Thema nur wenig gefunden. Eine von Bradley [1] publizierte Studie gibt einige Hinweise.

Was den Patienten betrifft, ist die Entscheidung über eine Verordnung beeinflusst durch:

- sein Alter (sic!);
- seine Volksabstammung, seine gesellschaftliche Schicht und seine Erziehung;
- seine Treue zum Arzt (das Wissen des Arztes über frühere Gesundheitsprobleme des Patienten);
- die Gefühle, die er beim Arzt hervorruft;
- seine Kommunikationsfähigkeit;
- den Wunsch, den er beim Arzt weckt, eine gute Beziehung aufrechtzuerhalten.

Beim Arzt sind die Einflüsse auf die Verordnung:

- seine persönliche Beurteilung der vorgeschlagenen Therapieoptionen;
- seine eigene Wahrnehmung der Rolle des Arztes und seine Erwartungen an seinen Beruf;
- seine Toleranz gegenüber der Ungewissheit;
- der Einfluss der Kollegen;
- die Faktoren, die mit der vorhandenen/angebotenen Logistik verbunden sind;
- Erfahrungen mit medizinischen oder therapeutischen Misserfolgen.

Es ist schon beeindruckend, zu sehen, wie viele beziehungsgebundene, soziale, logistische und sogar mit der Wahrnehmung des Arztes über seine eigene Rolle verknüpfte Faktoren gemäss dieser Studie Entscheidungen beeinflussen. Was ist z.B. subjektiver als die Beurteilung oder Schätzung des «biologischen» Alters des Patienten!

Angesichts der schweren Entscheidung, dem Patienten potentiell belastende Therapien vorzuschlagen, sind zwei widersprüchliche Reaktionen möglich:

- man kann das Bedürfnis nach klaren Kriterien einer Rationierung des medizinischen Angebotes verspüren, was den Arzt von seiner Verantwortlichkeit gegenüber einem speziellen Patienten befreien würde;
- im Gegensatz dazu kann man für seine therapeutische Freiheit kämpfen wollen – die Freiheit, zu entscheiden, alles zu machen oder, im Gegenteil, auf bestimmte belastende Behandlungen zu verzichten.

Die Wahrheit liegt wahrscheinlich zwischen diesen zwei Extremen. Aber wenn man sich schon für eine gewisse Freiheit beim Arzt und beim Patienten einsetzt, ist es gut, die Vielfalt von – mehr oder weniger anerkanntswerten! – Faktoren zu kennen, welche die Entscheidung sowohl des Arztes als auch des Patienten beeinflussen.

François Mottu

Références

- 1 Bradley CP. Factors which influence the decision whether or not to prescribe: the dilemma facing general practitioners. *Br J Gen Pract* 1992;364:454–8.

Kommentare von Dr. Juan Sztajzel, Mitautor der «Stratégie»

Die Verallgemeinerung von Empfehlungen, so wie sie aufgrund von aus dem Kontext der Strategie isolierten Sätzen erscheint, ist irritierend. Die Strategie wird jedoch in dem Sinne modifiziert werden, dass man sagt, es sei wichtig, die Suche nach einer reversiblen Ischämie *in Betracht zu ziehen*.

In der Tat ist es nötig, vor allem den Zustand der älteren Person zu berücksichtigen: Unabhängigkeit, Lebensqualität oder körperliche Anzeichen, ohne zu vergessen, dass die Dyspnoe ein Angor-Äquivalent sein kann. Das Wichtigste bei der invasiven Behandlung der Koronararterien ist, den noch lebenden, aber leidenden Muskel zu entlasten. Das schlimmste Szenario sind wiederholte Spitalaufenthalte wegen der Herzinsuffizienz. Auch darf man die Behandlung der Koronararterien nicht dramatisieren; die Bypass-Operationen sind immer seltener erforderlich; Stent-Implantationen können während kurzer Hospitalisationen durchgeführt werden.