

Bruno Kissling, Peter Tschudi, Lilli Herzig

Komplexität und Unsicherheit in der Hausarztmedizin



Zusammenfassung der Medieninformation anlässlich des Wonca-Europe-Kongresses 2009 in Basel

ELPS Komplexität und Unsicherheit spielen in der gesamten Medizin eine bedeutende Rolle, ganz besonders jedoch in der Hausarztmedizin. Ein professioneller Umgang mit der Komplexität und Unsicherheit ist eine unabdingbare Voraussetzung für jedes ärztliche, insbesondere aber für hausärztliches Handeln. Im vorliegenden Artikel finden Sie einige Beispiele dazu aus dem hausärztlichen Alltag.

Ein komplexes System setzt sich zusammen aus vielfältigen, auto-regulativen und anpassungsfähigen (adaptiven) Subsystemen, die sich in einem interagierenden labilen Gleichgewicht befinden. Äussere Eingriffe in das Gesamtsystem lösen in jedem einzelnen Subsystem – nach seinen je eigenen Regeln – nicht vorhersehbare Anpassungsreaktionen auf die veränderten Bedingungen aus; mit dem Ziel einer neuen Stabilisierung innerhalb des eigenen Subsystems und im Rahmen des übergeordneten Gesamtsystems. Im Idealfall entwickelt sich ein neues, wiederum labiles Gleichgewicht. Schlimmstenfalls fällt das Gesamtsystem auseinander. Komplexe Systeme zu steuern beinhaltet somit eine fundamentale Unsicherheit. Wie sich ein Eingriff auswirken wird, ist nie wirklich voraussagbar.

Ärztliches und vor allem hausärztliches Handeln spielt sich im Spannungsfeld zwischen den linearen «hard facts» wissenschaftlicher Evidenz und der komplexen «soft facts» klinischen Erfahrung des Hausarztes bei der Behandlung von individuellen Patienten mit ihren ganz persönlichen Einstellungen zu Gesundheit und Krankheit, Leben und Tod, mit ihren persönlichen familiären und beruflichen Lebensumständen, ihrem Glauben, ihren Informationen und Erfahrungen ab. Man könnte es auch so sagen: In der Konsultation begegnen sich zwei komplexe Welten – das persönliche Kranksein des Patienten (illness) und die Krankheit als Diagnose des Arztes (disease).

Als erste Anlaufstelle für alle Menschen befasst sich die Hausarztmedizin mit unselektierten Leiden, die im Frühstadium oft wenig differenziert sind. Die medizinische Bedeutung der geschilderten Beschwerden, beispielsweise eines Brustschmerzes, ist zu diesem Zeitpunkt oft nur annähernd zu erfassen. Bei gleichartigen Symptomen kann es sich um eine harmlose und selbstheilende Störung oder um das erste Zeichen einer ernsthaften, vielleicht einer unmittelbar lebensgefährlichen Krankheit handeln. Beobachtendes Zuwarten oder sofortiges Handeln?

Bei der umfassenden Langzeitbetreuung von chronisch kranken, polymorbiden Menschen ist in der Regel keine Heilung möglich. Eine Summe von medikamentösen, interventionellen und physikalischen Behandlungen, regelmässige haus- und spezialärztliche Kontrolluntersuchungen sowie spitalexterne Krankenpflege erfordern eine koordinierte Kooperation im Rahmen eines komplexen therapeutischen Netzwerks (chronical care model). So haben diese Patientinnen und Patienten, trotz aller Schwierigkeiten, eine recht gute Lebensqualität. Interaktionen aller Art sind möglich und Kommunikationsstörungen können diese Patienten gefährden.

Angst ist ein irrationales und komplexes Phänomen. Sie ist ein lebenswichtiges Alarminstrument. Sie kann sich aber verselbständigen und zur Krankheit werden. Die «Angst vor ...» ist oft Hauptgrund für eine hausärztliche Konsultation, denn sie verstärkt bestehende Störungen. Dem Hausarzt wird eine hohe Gesprächskompetenz abverlangt, damit er hinter den Symptomen liegende körperliche, psychosomatische und psychosoziale Gründe von Anfang an mit thematisieren kann. Bei ungeeignetem Vorgehen können leicht neue Ängste geschürt und eine psychosomatische Chronifizierung des Leidens (somatoforme Störung) begünstigt werden.

Disease mongering: Auf allen medialen Kanälen führen verschiedene Anbieter von Gesundheitsleistungen mit Informationskampagnen ein Spiel mit der Angst. Harmlose Gesundheitsstörungen werden zu neuen – gewinnträchtigen – therapiebedürftigen «Krankheiten» aufstilisiert. Eine Herausforderung für den Hausarzt, seine bei ihm Rat suchenden Patienten in diesem Feld von Verunsicherung und Unsicherheit richtig zu beraten und vor Schaden zu bewahren.

Die Prävention ist ein zunehmend wichtiges Gebiet in der Hausarztmedizin. Leider sind Sensitivität und Spezifität vieler primärpräventiver Untersuchungen – z.B. das PSA-Screening im Bereich der hausärztlichen Epidemiologie – ungenügend. Im Spannungsfeld zwischen NNT (number needed to treat) und NNH (number needed to harm) entfacht sich die ethische Frage: Wie viele Menschen dürfen wir potentiell krank machen, um einen zu retten, und umgekehrt, wie viele gefährliche Diagnosen dürfen wir verpassen, um keine Menschen unnötig krank zu machen? Prävention vor unnötiger Prävention wird heute zum Thema (quaternäre Prävention).

In der Konsultation begegnen sich zwei komplexe Welten – das persönliche Kranksein (illness) des Patienten und die Krankheit als Diagnose (disease) des Arztes.

Korrespondenz:
Dr. med. Bruno Kissling
Facharzt für Allgemeinmedizin FMH
Elfenaueweg 6
3006 Bern
kissling@primary-care.ch



ELPS: Electronic Long – Paper Short

Möchten Sie zu einem bestimmten Thema mehr erfahren? Zu Artikeln, die mit dem ELPS-Logo versehen sind, finden Sie auf unserer Website (www.primary-care.ch) eine vertiefende Langversion mit zusätzlichem Material wie beispielsweise Power-point-Präsentationen, Tabellen oder Fotos.