

Aus dem Protokoll eines Qualitätszirkels

Overtreatment – bis zum bitteren Ende

Res Kielholz, Stefan Neuner-Jehle

Überbehandlung – in PrimaryCare schon mehrfach thematisiert – stellt besonders für ältere und polymorbide Patienten eine Gefahr dar, derer sich Fachwelt und Öffentlichkeit zunehmend bewusst wird. Welche dramatischen Formen sie annehmen kann, und welche Gründe es schwierig machen, sie zu verhindern, illustriert folgender Bericht aus einem Qualitätszirkel [1].

Eine 28-jährige Patientin entwickelt unter Ritalin 80 mg und SSRI psychotische Symptome mit Agitation und Unruhe, äusserlich sichtbar mit Dutzenden von infizierten, vernarbenden Kratzwunden¹. Diese Symptomatik wurde durch die behandelnden Fachleute (Psychologin/Psychiater) monatelang als agitierte, halluzinatorische Psychose mit Zoonosewahn im Rahmen einer Borderlinepersönlichkeitsstörung fehlinterpretiert und mit intensiver Psychotherapie und immer höheren Dosen Neuroleptika behandelt, was die Symptomatik noch verschlimmerte. Erst nach einem beinahe geglückten Suizidversuch wurden in der Klinik die Medikamente abgesetzt, worauf

die Psychose und die Halluzinationen schlagartig verschwunden sind. Retrospektiv wurde die Symptomatik sehr wahrscheinlich durch Ritalin 80 mg in Kombination mit SSRI und Neuroleptika verursacht. Sie kennen wohl ähnliche Fallgeschichten aus ihrer eigenen Erfahrung.

Gibt es Gründe, warum wir Symptome, die einer Nebenwirkung zugeordnet werden könnten, anfangs oft als krankheitsbedingt verkennen? Und weshalb ist es schwieriger, ein Medikament abzusetzen, als es neu einzusetzen?

Einige Konzepte helfen uns, solche Probleme in erfolgreiche Aktionen umzumünzen: *Evidenz-basierte*

Tabelle 1: 10 Antworten auf die Frage, warum es schwieriger ist ein Medikament abzusetzen als es neu einzusetzen.

- 1 Patienten, Ärzte, Angehörige, Pflegepersonal haben oft die irrationale Überzeugung, dass es mit weniger Medikamenten schlechter gehen würde. Das hat auch mit der menschlichen Eigenheit zu tun, dass die Aversion gegen einen Verlust (in diesem Fall: Verlust des Nutzens eines Medikamentes) stärker ist als die Verlockung durch einen Gewinn [2].
- 2 Es gibt noch wenig Forschung, wann eine Therapie abgesetzt oder darauf verzichtet werden soll [3]. Für das Alter (nicht unser Patientenbeispiel, aber sehr oft Hintergrund für Polypharmazie) gibt es sowieso zu wenig Forschung. So werden hausärztliche Entscheide willkürlich und schwierig.
- 3 Schuldgefühle, nicht die maximale Therapie zu verordnen, Guidelines von Fachgesellschaften zu verletzen oder das Spital indirekt zu kritisieren, das den Patienten mit 18 Medikamenten entlässt. Die Industrie ist sehr begabt darin, diese Schuldgefühle in uns Ärzten gezielt zu fördern. Auch die Angst vor juristischen Konsequenzen einer unterlassenen Therapie fördert eine defensive Maximalmedizin.
- 4 Menschen haben meistens die Überzeugung, etwas zu tun sei prinzipiell besser als nichts zu tun. Das Thematisieren des Verzichtes auf eine Therapie ist sehr zeitaufwändig und man riskiert zahlreiche Helferkonferenzen mit dem grossen Familienrat, der einen mit Vorwürfen eindeckt. Fortgeschrittene kommunikative Fähigkeiten sind gefordert.
- 5 Das blindwütige und vielleicht auch sinnlose Kämpfen gegen den Krebs hat in den Medien immer noch die besseren Karten als das gelassene Akzeptieren einer Krankheit.
- 6 Nur mit wenigen Patienten kann man über die Endlichkeit und Vergänglichkeit sprechen. Viele Patienten empfinden es als Affront, wenn man über ihre Lebensprognose spricht.
- 7 Als Gesellschaft glauben wir immer noch, dass der Tod immer schlecht und prinzipiell zu vermeiden ist.
- 8 Maximale Blutdrucksenkung, möglichst tiefe Blutzuckerwerte, jedes Restrisiko minimieren etc. sind oft eine deontologische Pflicht für den Arzt. Das individuelle Abschätzen der Konsequenzen eines Entscheides ist für viele Ärzte zu anstrengend.
- 9 Jede neue Therapiemethode wird frenetisch gefeiert, aber dabei geht vergessen, dass damit auch immer entschieden werden muss, wem man diese Therapie nicht zuführen resp. verweigern möchte.
- 10 Am Schluss verdient man nach dem ganzen Ärger auch weniger am Therapieverzicht und bekommt stattdessen Vorwürfe von den Angehörigen, wenn die Besserung durch Therapieverzicht nicht unmittelbar sichtbar wird.

¹ Bei Drogenpatienten wird dieses Phänomen des «psychogenen Pruritus» mit Folgen auch salopp als «Kokain-Flöhe» bezeichnet



Medizin lehrt uns, unsere Entscheide kritisch zu hinterfragen und uns vor allem auch die Konsequenzen unserer Entscheide vorzustellen. Die *Udenotherapie* [4] – nichts tun als die beste Möglichkeit, den Heilprozess zu unterstützen – wertet die Option des Verzichtes auf. Ein näherer Blick auf Begriffe wie *deontologische Ethik* (Urteil über eine Handlung unabhängig von ihren Konsequenzen) und *Kontingenzt* (die ganze Spannbreite der Ungewissheit eines Ausganges) [5] lohnt sich in diesem Zusammenhang: Als Mediziner sind wir ausgeprägte Deontologen. Blutdruck senken ist immer gut, ebenso alle Risikofaktoren eliminieren, Knochendichte erhöhen, ungeachtet der Konsequenzen. Vorteil: man kann so rasch entscheiden, geht kein Risiko ein, man muss nicht viel nachdenken, fällt aber oft Entscheide, die zu mehr Schaden und Leiden führen.

Als Gegengewicht zu so viel Soziologie noch ein praktischer Tipp zum Schluss: Suche zusammen mit dem Patienten eine Nebenwirkung (wer hat schon nicht ab und zu Muskelschmerzen), und schon kannst du eines der 18 Medikamente *weg-nocebieren*. Dabei darf man gerne mal eine Guideline einer Fachgesellschaft oder eine Expertenmeinung in den Wind schlagen.

Korrespondenz:
Dr. med. Res Kielholz
Allgemeinmedizin FMH
Schwizerstrasse 1
8610 Uster
reskielholz[at]bluewin.ch

Danksagung

Wir danken den Kollegen vom Qualitätszirkel Uster für die anregenden und lebhaften Diskussionsbeiträge zum Patientenfall.

Literatur

- 1 Qualitätszirkel Uster, www.zolamed.ch
- 2 Douglas K, Jones D. Richtig entscheiden: 10 Tipps. NZZ-Folio 3/2009.
- 3 Schuling J, et al. Deprescribing medication in very elderly patients with multimorbidity: the view of Dutch GPs. A qualitative study. BMC Family Practice. 2012;13:56.
- 4 www.sgipt.org/hm/gesch/bleuler.htm
- 5 siehe Begriffe bei www.wikipedia.org

Ähnliche Erfahrungen mit übertherapierten Patienten?

Dann senden Sie bitte Ihre eindrucklichsten Beispiele, was Sie durch Reduktion von Medikamentenlisten bewirken konnten, an PrimaryCare. Wir möchten solche Erfahrungsberichte gerne in Kurzform periodisch publizieren, auf dass dieses wichtige Thema in unseren Köpfen präsent bleibe!

Dieser Artikel ist ausserdem ein gutes Beispiel, wie wir Erfahrungen aus Qualitätszirkeln miteinander teilen können – reichen Sie doch auch Ihre ausformulierten QZ-Protokolle zur Publikation ein! Nebst Fortbildungs-Credits für den Autor bringt das eine gegenseitige Bereicherung, einen Mehrwert für alle LeserInnen. Besten Dank.

[primary-care\[at\]jemh.ch](mailto:primary-care[at]jemh.ch)