

Welche Behandlung ist die richtige?



Das Treffen von Entscheidungen ist in der Praxis unser täglich Brot, und oft bleibt nicht genug Zeit, Entscheidungen zu reflektieren, geschweige denn, die PatientInnen ehrlich und umfassend aufzuklären und in einen partizipativen Entscheidungsprozess mit einzubeziehen. Aber genau das ist es, was eine optimale hausärztliche Versorgung ausmacht.

Die neuen Handlungsempfehlungen der DEGAM

können uns in diesem Prozess unterstützen, aber sie können uns weder die auf den individuellen Patienten abgestimmte Reflexion noch die Aufklärung über Für und Wider, über Chancen und Risiken oder gar die partizipative Entscheidungsfindung an sich abnehmen.

Da sind beispielsweise die Patienten mit chronischen Schmerzen, die uns täglich in der Praxis begegnen. Die S1-Leitlinie Chronischer Schmerz hilft uns, die Behandlung zu strukturieren und ein sinnvolles Stufenkonzept einzusetzen, vielleicht gerade bei Patienten, die scheinbar schon „alles durchprobiert haben“ – und oft ohne Erfolg. Doch die Studienevidenz für einige der vorgeschlagenen Medikamente ist denkbar dünn, und der Vorschlag des teuren und nebenwirkungsreichen Capsaicin-Pflasters für neuropathische Schmerzen scheint doch eher Ausdruck ärztlicher Hilflosigkeit zu sein als eine echte Behandlungsoption.

Und wenn wir nicht mehr weiter wissen, wird die Überweisung zum Facharzt empfohlen. Und was soll der Facharzt machen, wenn sich der Therapieerfolg trotz leitliniengerechter Behandlung nicht einstellt? Setzen wir den Patienten hierdurch nicht eher dem Risiko invasiver Maßnahmen aus, die –

siehe das DEGAM-Benefit zur Meniskusoperation in diesem Heft – vielleicht mehr schaden als nutzen?

Die Behandlungsentscheidung muss und wird immer eine individuelle sein, vielleicht weit ab jeglicher Studienevidenz, wie z.B. Michael Kochens Behandlungsvorschlag zur Therapie hartnäckiger Hustenanfälle nach Virusinfekten. So vermisse ich auch in der S1-Leitlinie Chronischer Schmerz, dass nicht ein einziges Wort über mögliche komplementärmedizinische Maßnahmen verloren wird. Soll der Schmerzpatient zum Heilpraktiker gehen, weil wir ihm Optionen wie Akupunktur nicht anbieten können, deren Studienevidenz kaum unter der von Capsaicin steht?

Das Entscheidende ist, dass wir den Patienten informiert in den Entscheidungsprozess einbeziehen, wenn immer möglich. Dies wird eindrücklich für Behandlungsentscheidungen am Lebensende gefordert, wie in der zugehörigen S1-Leitlinie dargestellt. Aber warum wird eigentlich nur am Lebensende gesetzlich so eindringlich gefordert, dass „ein einwilligungsfähiger Patient nach einem differenzierten Aufklärungsgespräch mit seiner konkreten Willenserklärung eine medizinische Maßnahme genehmigen oder untersagen kann“. Das gilt doch genauso für die 50-jährige Frau, die von staatlicher Stelle zum Mammografie-Screening eingeladen wird, und der durch die staatlich verordnete Einladung suggeriert wird, dass „Mammografie-Screening Leben rettet“, wie im gerade gestarteten staatlichen Screening-Programm in Österreich. Warum werden PatientInnen hinsichtlich möglicher Effekte medizinischer Maßnahmen glattweg angelogen, statt des geforderten „differenzierten Aufklärungsgesprächs“?

Wo bleibt denn die wahre Patientenautonomie in unserer Medizin? Müssen wir da nicht viel mehr dafür tun, als wir in unserer täglichen Routine tatsächlich umsetzen?

Ich wünsche Ihnen eine bereichernde Lektüre der aktuellen ZFA und verbleibe mit herzlichen Grüßen

Ihr

Andreas Sönnichsen