

Tobert V, Popert U. „Multitasking“ and complex patient encounters in family medicine. *Z Allg Med* 2017; 93: 222–226

Leserbrief von Prof. Dr. Heinz-Harald Abholz

Es ist noch komplexer!

Danke für die interessante Arbeit, die einen Teil des Besonderen der Allgemeinmedizin im Visier hat. Und dennoch denke ich beim Lesen: Na, mit zwei Problemen bzw. „Reasons for Encounter“ (RFE) ist das doch überhaupt nicht komplex. Das wird doch beim Spezialisten auch (fast) so sein. Und ich habe das Gefühl, dass unser Alltag viel komplexer ist, als hier gemessen wurde. Wenn Gemessenes und Gefühltes sehr stark auseinanderklaffen, dann sollte man immer überlegen, woran – außer Selbstüberschätzung der eigenen Arbeit – es auch noch liegen kann.

Es gibt bei der Erfassung der „Probleme“ oder der „Behandlungsanlässe“ (RFE) immer methodische Schwierigkeiten: Wer beantwortet, was die RFE einer Begegnung sind – der Patient, der Arzt oder ein Beobachter – also ein Fremder. Aus der Literatur wissen wir, dass diese drei möglichen Beurteiler nur zum Teil eine Übereinstimmung in Inhalt, Zahl und Wichtigkeit der REF haben. Dabei dürften Hausarzt und Patient noch am ehesten wissen, was „heute wichtig“ war – haben sie doch eine gemeinsame Beziehung und Geschichte, in der möglicherweise schon einiges zuvor geklärt wurde und daher am Beobachtungstag nur kurz angesprochen werden muss, aber auch ein RFE ist, der mitbedacht wird. Für einen Fremden, also den *researcher* hingegen verschließt sich dieser Hintergrund, die gemeinsame Geschichte. Mögliche Anspielungen zwischen Arzt und Patienten, die aber auch Kommunikation beinhalten, gehen für den Fremden unter, weil er sie nicht verstehen kann.

Ein Beispiel mag dies verdeutlichen: Man kann z.B. als Fremder, als *researcher*, einen Patienten sehen, der über seine Müdigkeit berichtet, die er abgeklärt haben will. Der entsprechende Laborwert (HbA1c) des diabetischen Patienten, vor wenigen Tagen neu bestimmt, ist recht hoch. Der Arzt mag die Müdigkeit auf den sehr schlecht eingestellten Zucker zurückführen. Für den Arzt mag daher

„Müdigkeit“ und „Zuckerentgleisung“ ein RFE sein. Für den Patienten und den Beobachter aber können diese als zwei RFE erscheinen.

Und umgekehrt: Der Arzt spricht seit Jahren mit dem Patienten immer wieder über die regelmäßig aufflackernden psychosomatischen Beschwerden bei einer chronischen Kampfsituation in der Familie. Ja, er ging sogar so weit, zu einer Trennung zu raten. Der Patient aber nutzt die Gespräche eher nur zur „Erleichterung seines Drucks“ und ist weiterhin nicht zu einer eigenen Trennungsentscheidung fähig. Auf diesem Hintergrund könnte der Arzt bei der oben geschilderten Konsultation auch die Auseinandersetzungen in der Familie, die meist recht unerschwinglich geführt werden, als Grund sowohl für den „schlecht eingestellten Zucker“ als auch die „Müdigkeit“ sehen: Dann wäre die familiäre Situation der einzige RFE – oder sind es nun 3 RFE?

Thematisiert hat der Arzt die Familiensituation bei der jetzt betrachteten Konsultation aber nicht, weil er heute einen Fremden neben sich hat und er – wichtiger noch – momentan keinen günstigen Zeitpunkt dafür sieht: Der nun 19-jährige Sohn verlässt endlich den elterlichen Haushalt und das belastet sicherlich die Familie, aber es könnte euch einen Neuanfang im Verhältnis der Ehepartner werden. So bleibt es bei der Bemerkung des Arztes: „Na, vielleicht wird ja alles nun auch besser, wenn sie zu Hause entlasteter sind. Wir warten mal ab.“ Dieser RFE ist für den Fremden nicht erkennbar, stellt nur einen irgendwie freundlichen Abschluss eines Gespräches dar – er würde diesen RFE nur sehen können, wenn er bei der Konsultation den Arzt fragen würde, was ihm alles bei der Konsultation durch den Kopf gegangen sei, was dieser oder jener Satz eigentlich bedeutet habe – bzw. welche RFEs er, der Arzt, gesehen habe.

Und vielleicht gab es sogar noch einen weiteren RFE: Der Patient ist als sehr ängstlich bekannt, der sich vielleicht – wieder einmal – Gedanken gemacht hat, ob hinter der Müdigkeit nicht ein ernstes Leiden, ein Tumor, stecken könnte. Das kann der Arzt mitberücksichtigt haben, als er gleich zu Beginn schon sagte: „Na, etwas Schlimmes ist es auf keinen Fall,

aber ihr Zucker ist ja sehr schlecht eingestellt und das kann es erklären.“

In dem hier dargestellten Beispielfall kann es sich – je nach Sicht und Vorwissen sowie Systematik der Zusammenordnung der einzelnen Probleme – um ein bis fünf RFEs handeln. Für einen Fremden wären aber nur maximal zwei sichtbar. Und vielleicht kann dies mein Gefühl erklären, dass da „zu wenig“ an RFEs registriert wurden.

Aber auch ich habe vor Jahren zusammen mit anderen eine solche Diskrepanz mittels einer Studie produziert: Wir haben bei 67 Ärzten knapp 5000 Konsultationen nach RFE von diesen selbst klassifizieren lassen. Die Ärzte hatten eine Schulung im Umgang mit der gewünschten Klassifizierung und der Systematik einer Zusammenordnung einzelner Probleme erhalten. Im Ergebnis waren es auch bei uns nur knapp zwei RFEs/Konsultation. Aber wir hatten noch andere Dokumentationen von den Ärzten zusätzlich gefordert: Bei 31 % der RFE wurde von den Ärzten festgehalten (auf einer *rating scale*), dass „psychische und somatische Aspekte gleichberechtigt“ oder erstere gar überwiegend ursächlich waren. Und: Bei den RFEs aufgrund chronischer Leiden waren nach Sicht der Ärzte diese zu 60–80 % gleich wichtig wie die Begründungen „Medizinische Dienstleistung des Arztes“ und „Gesprächsort bieten“ [Abholz H-H, Hager WC, Rose CM. Der Behandlungsanlass – Oberfläche und Hintergrund – eine epidemiologische Studie. *Z Allg Med* 2001; 77: 409–414].

Auch in dieser Studie war es nur *eine* Sicht – hier die des Arztes. Dies aber erlaubte, weitere Dimensionen im Hintergrund (die wir zwar nicht RFE nannten) wenigstens anzusprechen und damit noch etwas mehr von der Komplexität hausärztlicher Arbeit deutlich werden zu lassen.

Korrespondenzadresse

Prof. Dr. med. Heinz-Harald Abholz
Institut für Allgemeinmedizin (Emeritus)
Heinrich-Heine-Universität
Moorenstraße 5
40225 Düsseldorf
abholz@med.uni-duesseldorf.de

Antwort von Dr. Uwe Popert und Verena Tobert

Wir bedanken uns für die wertvollen Hinweise auf die Komplexität und die schon bisher geleistete Forschungsarbeit, die ja schon 2001 zu sehr vergleichbaren Ergebnissen kam. Diese Literatur haben wir in unserer Recherche leider u.a. deswegen nicht gefunden, weil die ZFA erstens nicht in Medline

gelistet ist und zweitens im Internet auf dem Thieme-Portal erst ab 2003 hinterlegt ist. Dies ist höchst bedauerlich, weil so Jahrzehnte lange Forschungsarbeit allenfalls noch in Handarbeit auffindbar ist.

Uns war besonders wichtig, die Ergebnisse international vergleichen zu können – neben den Beratungsanlässen und den betreffenden Organsystemen auch die Dauer der jeweiligen Konsulta-

tion, um einen Hinweis auf die erschwerten Bedingungen in Deutschland geben zu können.

Korrespondenzadresse

Dr. med. Uwe Popert
Arzt für Allgemeinmedizin
Goethestraße 70
34119 Kassel
uwe.popert@web.de

Voigt K, Bergmann A, Bründel K-H, Schübel J. Erhöhter TSH-Wert bei erwachsenen Patienten in der Hausarztpraxis. Vorstellung der neuen DEGAM-Leitlinie (S2k). Z Allg Med 2017; 93: 150–155

Leserbrief von Dr. Klaus Mantel

Die Leitlinie zum Umgang mit erhöhten TSH-Werten ist gut begründet und übersichtlich gestaltet und trägt zur Reduktion der allgegenwärtigen Überdiagnostik und Übertherapie bei. Der Artikel von Karen Voigt u.a. stellt eine übersichtliche Wiedergabe und einen vernünftigen Kommentar zur Leitlinie dar. Meine Kritik geht daher nicht an die Autoren des Artikels, sondern an die Verfasser der Leitlinie.

Ich halte die Empfehlung für falsch, den Wunsch des Patienten (besser: des gesunden Probanden) als Kriterium für eine Behandlung einzubeziehen. Das Argument der Unschädlichkeit ist hierfür nicht ausreichend, denn es kann sehr wohl ein Schaden entstehen: Kosten, Stigmatisierung mit einer Krankheit, pathologische Abhängigkeit vom Therapeuten.

Die Empfehlung entspricht der Einstellung von Homöopathie-Anhängern, die ihre Kinder bei Erkältung mit zig Kügelchen traktieren und ihnen damit das Bewusstsein vermitteln, sie hätten eine behandlungsbedürftige Krankheit. Natürlich hat jeder Arzt die Freiheit, sich nicht an eine Leitlinie zu halten. Dies sollte aber nicht Inhalt der Leitlinie sein. Hinter dem Therapiewunsch stehen oft andere Gründe: sekundärer Krankheitsgewinn, Misstrauen gegen den Therapeu-

ten, Wunsch nach Gewichtsabnahme. Zur Entkräftigung der Kontroverse dient ein kürzlich erschienener Artikel im New England Journal of Medicine (Stott DJ, Rodondi N, Kearney PM, et al. Thyroid hormone therapy for older adults with subclinical hypothyroidism. N Engl J Med. 2017 Apr 3 [Epub ahead of print]

Korrespondenzadresse

Dr. med. Klaus Mantel
Facharzt für Allgemeinmedizin
Harweg 151B
26133 Oldenburg
Tel. 0441 42422
kreyenmed@t-online.de

Antwort von Dr. Karen Voigt im Namen des Autorenteam

Herzlichen Dank für Ihren Leserbrief und die Kritik zur Leitlinie. Da die Autoren des Artikels zugleich auch die Leitlinienautoren sind, reagieren wir gern auf Ihren kritischen Hinweis. Den Patienteneinbezug bei hausärztlicher Entscheidungsfindung zu diskutieren, begrüßen wir grundsätzlich, da es auch hier – wie Sie mit Ihren Beispielen anführen – Risiken gibt (vgl. z.B. Bieber et al. 2017). In der Tat erachten die Autoren ein patientenzentriertes Vorgehen als wichtig und empfehlen den Patienten mit seinen individuellen Motiven/

Wünschen für oder gegen eine Behandlung aktiv in die Behandlungsentscheidung einzubeziehen. Unterstreichen möchten wir aber, dass dies eine „umfassende Aufklärung des Patienten“ voraussetzt. D.h. Wirksamkeit und Risiken einer Behandlung oder Nichtbehandlung wie auch verbreitete unrealistische Vorstellungen (Stichwort Gewichtsreduktion durch Levothyroxin) sollten mit dem Patienten besprochen werden. Die Behandlungsentscheidung sollte – im Sinne der partizipativen Entscheidungsfindung – von Hausarzt und Patient gemeinsam getragen werden, welche immer auch eine Kompromisslösung beinhalten kann.

Korrespondenzadresse

Dr. rer. medic. Dipl.-Soz. Karen Voigt,
MPH
Bereich Allgemeinmedizin/MK3
Universitätsklinikum „Carl Gustav Carus“
der Technischen Universität Dresden
Fetscherstraße 74
01307 Dresden
Tel.: 0351 45812203
Karen.Voigt@uniklinikum-dresden.de

Literatur

Bieber C, Gschwendtner K, Müller N, Eich W. Partizipative Entscheidungsfindung (PEF) – Patient und Arzt als Team. Rehabilitation 2017; 56: 198–213