

***Dr Michael Terry (UK)***

18/08/2017

Übersetzung : Ralf Hinrichs

## Ich kann dich behandeln, aber soll ich das tun? (Erfahrungen eines Klinikarztes)

Ohne Frage, die technologischen Fortschritte bringen Vorteile für Ärzte und ihre Patienten gleichermaßen. Diese technische Evolution hat sich konstant durch die Geschichte der menschlichen Zivilisation vollzogen und hat sich im letzten Jahrhundert beschleunigt, indem Erkenntnisse der Forschung unseren Horizont in sich immer weiter ausdehnenden Gebieten erweitert haben. Ganz gleich ob dies unser diagnostisches, therapeutisches oder einfach unser allgemeines Verständnis betrifft, entwickeln wir uns weiter und die medizinische Versorgung verbessert sich.

Wie auch immer die Technologie sein mag, auf unserem Weg begegnen wir Patienten und ich möchte dazu eine kurze Geschichte erzählen. Kürzlich ist ein Angehöriger friedlich in seinem 90. Lebensjahr nach einem langen und erfüllten Leben gestorben. Er litt an einer malignen Erkrankung des Knochenmarks, die zu einem fortschreitenden Nierenversagen führte. Eine Chemotherapie wurde eingeleitet, die aber wegen Nebenwirkungen wieder beendet wurde, da sie den möglichen Nutzen einer vermuteten höheren Lebenserwartung übertrafen. Ich bin sicher, dass die Chemotherapie viel Gutes bewirkt hätte, aber die Übelkeit und die Abgeschlagenheit waren ein zu hoher Preis für mein Familienmitglied. In den letzten 6 Monaten seines Lebens hatte er mehrere Nierenbeckenentzündungen, die sich als Verwirrung und Stürze manifestierten. Zweimal führten diese zu Notfalleinweisungen ins Krankenhaus, wo die Behandlung aus intravenöser Flüssigkeitssubstitution, Harnwegskatheter und mehrfachen EKGs bestand. Meinem Angehörigen ging es besser, aber er hasste die gesamte Prozedur. Er hasste die Demütigung der Behandlung trotz ihres Erfolgs und wünschte zukünftige Einweisungen zu vermeiden. Als sich dann sein Zustand zum dritten Mal verschlechterte, wurden wir vom Pflegeheim informiert, dass eine Einweisung angezeigt ist. Gegen einigen Widerstand, entschieden wir uns dagegen in der Annahme, dass das Krankenhaus nicht in der Lage wäre ihre üblichen invasiven Behandlungen zu begrenzen. Dort bestanden etablierte Behandlungsalgorithmen und eine Abweichung davon, um den Bedürfnissen eines individuellen Patienten gerecht zu werden, würde nicht geschehen. Also, ging er nicht in das Krankenhaus. Er erholte sich mit nicht mehr als einem einfachen oralen Antibiotikum und verblieb in der Rückhalt gebenden Umgebung seines Hauses.

Ich erzähle diese Geschichte, da sie mir zeigt, wie moderne Medizin heute zunehmend in der Lage ist, komplexe und potentiell lebensbedrohliche Erkrankungen zu behandeln. Wenn insbesondere Krankenhausmitarbeiter mit einer Diagnose konfrontiert werden, betreten sie gut ausgearbeitete Diagnose- und Behandlungspfade, die wissenschaftlich untermauert dem Patienten die beste Prognose bieten.

Krankenhäuser und besonders auch Ärzte werden individuell beobachtet und bewertet, um sicherzustellen, dass sie den vorgegebenen Standards folgen, während die Wünsche des Patienten nachrangig sind. Warum ist es dazu gekommen? Wie haben wir es erlaubt? Meine Annahme ist, dass sich die erforderliche Technologie aufgrund ihrer komplexen Natur in Krankenhäusern konzentriert und, um sie effizient nutzen zu können, müssen Patienten in großer Zahl und in kurzen Aufenthalten durch das Krankenhaus geschleust werden. In diesem Spiel der Zahlen haben Krankenhausmitarbeiter keine Zeit, einen Patienten umfassend zu kennen.

Ich möchte nicht zu sehr über Krankenhausmitarbeiter urteilen. Das Problem, einen Patienten in der Weise zu kennen, für die Paul Tournier eingetreten wäre, ist nicht auf Fachleute begrenzt. Ich traf kürzlich eine ältere Dame, die vermutlich eine maligne Darmerkrankung hatte. Sie war anämisch und ihr Darm war auffällig. Es war fast unmöglich, sie zu untersuchen, weil sie von der Anfahrt vom Pflegeheim zum Krankenhaus im Krankenwagen so erschöpft war. Sie war auf einen Rollstuhl angewiesen und hatte seit mehreren Jahren eine Niereninsuffizienz mit einer milden Demenz. Sie war ohne Symptome. Wie auch immer, wirkte sie glücklich und entspannt. Ihre Tochter, eine Physiotherapeutin von weit her, begleitete sie. Sie kam in der Erwartung, dass ihre Mutter zur Ermittlung der Diagnose eine Koloskopie und eine CT-Untersuchung erhalten würde. Es war offensichtlich, dass jede diagnostische Untersuchung ihre Nieren belasten und damit ihren Tod beschleunigen würde, und dass sie niemals fit genug wäre, um irgendeine Therapie zu überleben, wenn die Diagnose feststeht. Der von mir empfundene Druck, medizinische Geräte einzusetzen, kam von den Erwartungen der Familie, wobei der Einsatz der Technologie der Patientin keinen Nutzen bringen würde. In diesem Fall war es die Erwartung der Familie, die den Wunsch nach Einsatz von Technologie lenkte.

Manchmal verlassen sich Heilberufe zunehmend auf hochentwickelte Geräte, auch wenn einfachere und weniger invasive Therapien für bessere und nachhaltigere Resultate sorgen. Als Chirurg liebe ich es, eine Vielzahl von modernen Instrumenten im OP zu benutzen, mit denen heute Operationen durchgeführt werden können, die früher nicht möglich waren. Nehmt zum Beispiel einfache Hämorrhoiden, eine Erkrankung, die einigen von Euch wahrscheinlich bedauerlicherweise bekannt sein wird. Heutzutage können wir den Ultraschall-Doppler nehmen, um die Hämorrhoidalarterien zu identifizieren und dann können wir mit dem Laser die Arterie veröden. Oder wir könnten die Hämorrhoiden mit dem bipolaren Elektrokauter entfernen. Oder wir könnten sie mit einem Skalpell und einer Diathermie-Schlinge abtragen. Das alles ist ein blühendes Geschäft und die Existenzgrundlage für Kolorektalchirurgen. Jedenfalls kann die überwiegende Mehrzahl der Hämorrhoiden mit einfacher Untersuchung, Schulung und Veränderung der Lebensgewohnheiten behandelt werden. Dazu wird alte Technik gebraucht, die für eine langanhaltende Heilung von blutenden Hämorrhoiden sorgt.

Auf einem ausgeklügelteren Niveau therapeutischer Behandlung haben Intensivstationen Technologien entwickelt, um den temporären Ersatz der Nierenfunktion zu ermöglichen, wenn Nieren nach einem Trauma oder bei lebensbedrohlichen Erkrankungen versagen. Diese Technologien überbrücken die Zeit bis die Nieren wieder ihre normale Funktion übernehmen. Die Behandlung dauert typischerweise ein bis zwei Wochen und erfordert die Aufnahme auf eine Intensivstation. Ich habe eine zunehmende Nachfrage für diese Behandlung in den letzten zwei Jahrzehnten beobachtet und es hat Leben gerettet. Das ist sehr gut.

Ich habe außerdem auf Intensivstationen gearbeitet, in denen aus verschiedenen ethischen, politischen und geographischen Gründen entschieden wurde, Dialyse nicht anzubieten. Ich war beeindruckt, dass in dem Wissen, dass diese Technologie nicht verfügbar ist, der Bedarf dazu nicht oder nur sehr wenig vorhanden war. Alternative Behandlungsansätze resultierten in selteneren Fällen von Nierenversagen. Indem die Nieren des Patienten gut mit Flüssigkeit versorgt werden, durch schnelles Erkennen einer Komplikation, frühe und aggressive Wiederbelebung von Patienten mit hypovolämischem oder septischem Schock und durch ein wesentlich aufmerksames und aktiveres Monitoring der Wiederbelebung, kann Nierenversagen verhindert oder zumindest moduliert werden. Dieser Ansatz erfordert weit weniger Technologie, aber man benötigt

einen viel besser eingeübten und ausgearbeiteten Algorithmus zur Wiederbelebung. Man kann sich zwangsläufig nicht auf unerfahrene Ärzte auf der Intensivstation und die erforderliche Genauigkeit bei der Wiederbelebung verlassen. Ich behaupte, dass ich durch Bereitstellung besserer initialer Versorgung eventuell keine hochentwickelte Technologie zum vorübergehenden Nierenersatz brauche. Dieser Fall wird hier berichtet, da wir uns wahrscheinlich zu sehr auf manche Technologie verlassen.

Um das Problem zurück zu meiner Arbeit im öffentlichen Gesundheitswesen zu bringen, beobachte ich jetzt bei meinen chirurgischen Patienten, auf der Intensivstation und gelegentlich auf den Stationen eine abnehmende Vigilanz und Aufmerksamkeit für eine proaktive Wiederbelebung. Ich finde häufiger instabile Patienten mit Anordnungen für eine Volumengabe, die dann über Stunden nicht kontrolliert wird, während in den vergangenen Jahrzehnten eine verantwortliche und ausgebildete Person bei dem Patienten geblieben wäre, um eine intensivere und kontinuierlichere Behandlung zu gewährleisten. Auf allgemeinen Stationen haben wir Kenntnis, Erfahrung und manuelle Fertigkeiten durch schlechter ausgebildete Fachkräfte und komplexe, teure Technologie ersetzt. Wir haben Erfahrung durch Technologie ersetzt und insgesamt bin ich unsicher, ob unsere Patienten besser dran sind.

Ich möchte nun die direkte Patientenversorgung thematisch verlassen und überlegen, wie Computer-Technologie uns dabei beeinflusst, wie wir unsere Patienten behandeln. Nicht wenige von Euch werden sich an die Situation erinnern, in der man mehr auf den Monitor des Computers auf dem Schreibtisch schaut als auf den Patienten, weil dort die ihn betreffenden Ergebnisse und Dokumente vorliegen. Der Computer ist langsam, und viel Zeit wird mit Warten verbracht bis etwas auf dem Monitor erscheint oder mit Öffnen und Schließen von Seiten auf dem Bildschirm. Und dann schreibt man auch noch langsam. (Ich kann nicht blind Maschineschreiben, und selbst wenn ich es könnte, müsste ich dabei auf den Monitor schauen). Indem der Computer mit dem Patienten um Deine Aufmerksamkeit konkurriert, verpasst man unvermeidlich einige non-verbale Hinweise Deines Patienten und man signalisiert, dass drei Personen anwesend sind: der Patient, Du und der Computer.

Betreten wir nun eine andere Dimension.

In heutigen britischen Krankenhäusern läuft eine Evolution ab. Jede Generation junger Ärzte wird langsam mehr von Technologie abhängig anstatt mit mehr traditionellen Verfahren in der Lage zu sein, Patienten und ihre persönlichen Umstände zu verstehen. Meine jüngeren ärztlichen Kollegen verlassen sich zur Erhebung der medizinischen Vorgeschichte auf die Briefe der Allgemeinmediziner. Und man bekommt diese Informationen auch aus dem Computer. Welche Sorte Mensch würde Zeit damit verschwenden, mit einem Patienten zu sprechen? Es gab einmal die amerikanische Sciencefiction Serie „Star Trek“. Da die Handlung oft hochphilosophische Themen streifte, entwickelte sich daraus irgendwann ein Kult. In dem Raumschiff gab es einen Arzt, der einen tragbaren Scanner über seine Patienten hielt. Nach dem Scannen verkündete er dann die Diagnose. Im Krankenhausalltag des Jahres 2017 möchten meine Assistenzärzte nicht die Vorgeschichte des Patienten kennen oder irgendetwas anderes über den Patienten wissen, das wichtig zu wissen wäre oder was der Patienten mitteilen möchte. Sie berichten mir über CRP, Blutbild und Ergebnisse der CT-Untersuchung. Wenn es einem Patienten auf einer chirurgischen Station schlechter geht, wird nicht der Patient untersucht: er bekommt eine CT-Untersuchung. In vieler Hinsicht ist die Geschichte von Star Trek aus der Zukunft näher an der Gegenwart als wir denken.

Ist das richtig? Vielleicht sollten wir das im Anschluss diskutieren. Mir ist klar, dass manche Diagnose bei der Einweisung viel schneller gestellt wird, so dass die Behandlung schneller beginnen kann. Andererseits kann ich auch von vielen Ereignissen mit Patienten berichten, die normale CTs hatten und deren schwere Erkrankung nicht diagnostiziert wurde. Ich habe Patienten mit normalen Untersuchungsbefunden erlebt, die nach Hause geschickt werden, nur um am nächsten Tag mit einer schwereren Erkrankung bei einem weiteren Arzt behandelt zu werden. Wir dürfen nicht verdrängen, dass Röntgen-Strahlen Nebenwirkungen haben. Unnötige CT-Untersuchungen haben unnötige Nebenwirkungen. Ich denke über die Gründe dieser

Entwicklung nach. Haben wir die klinischen Fähigkeiten der Anamnese und körperlichen Untersuchung verloren, die der Kern der Diagnose waren? Keiner meiner Assistenzärzte war in der Lage mir zu sagen, ob ein Patient kürzlich herzinsuffizient war oder eine Appendizitis hatte. (Sie wollten lieber ein EKG oder Differentialblutbild). Ich fürchte, dass das zugrundeliegende Problem viel subtiler ist.

Es gibt einen Mangel an Ärzten und Pflegepersonal, vor allem gut qualifizierte sind rar. Eine Menge unserer täglichen Routine-Arbeit wird heute von nicht qualifizierten Mitarbeitern übernommen, die eine Basis-Ausbildung im Gebrauch von Geräten erhalten. Es ist üblich, nicht zu wissen, wie man Blutdruck mit einem manuellen Blutdruckmessgerät oder sogar wie man den Puls fühlt. Die Technologie stellt uns hochentwickelte elektronische Geräte zur Verfügung, die alle Parameter außer der Temperatur messen. Die Geräte sammeln die Messwerte und senden sie elektronisch zur Stationsschwester zur Kenntnis. Noch erstaunlicher ist, dass die Messwerte an alle Computer des Krankenhauses gesendet werden und sogar zu mir nach Hause. Ich kann Alarme einstellen, die mich warnen, wenn die Laborwerte einer meiner Patienten außerhalb der Norm liegt. Der Computer registriert es, wenn ich die Laborwerte abfrage, was der Krankenhausverwaltung erlaubt, mein Verhalten zu beobachten. Das System ist faszinierend, aber von Ärzten und Pflegepersonal gleichermaßen gehasst. Es gibt eine Vorliebe für Patientenakten aus Papier, da sie einfacher zu komplettieren und aus meiner Sicht viel einfacher zu lesen sind. Sie sind schließlich auch das Ergebnis einer Jahrzehnte dauernden Evolution. Außerdem können die technischen Geräte mir nicht sagen, was ein aufmerksamer Kliniker sagen kann: mit dem Patienten stimmt etwas nicht. In meiner Erfahrung stellt Technologie Veränderungen fest, aber sie ist vielleicht nicht so schnell oder sensitiv. Vielleicht verpassen wir Gelegenheiten, um unsere Patienten mit einfachen Methoden zu behandeln, weil unsere Geräte Probleme erst dann entdecken, wenn sie bereits größer sind und sie dann einer größeren Intervention bedürfen.

Zusammenfassend sind moderne Krankenhäuser Geschäftseinrichtungen, die für die Behandlung und Durchschleusung großer Patientenzahlen erforderlich sind. Es besteht ein Druck von Seiten der Nutzer, Qualität und Versorgung für alle anzubieten. Dieser Druck äußert sich in Behandlungsprotokollen und in falschen Erwartungen von Patienten und ihren Familien. Wir begegnen dem, indem wir anspruchsvolle Behandlungen anbieten. Indem wir uns auf Untersuchungsergebnisse verlassen, geben wir schwarz-weiß Antworten, während Medizin doch weitaus komplexer und subtiler ist. Und schließlich benutzen wir Technik, um die Menge der Daten, die mit der Patientenversorgung verbunden sind, zu verarbeiten, mit dem Nebeneffekt der Unmenschlichkeit an Schnittstelle zu dem Patienten. Ich hoffe, dass ich Euch ausreichend Kontroversen zum Bedenken und zum späteren Diskutieren angeboten habe.