

Ärztliche Kunst im täglichen Dilemma mit multimorbiden Patienten

Zusammenfassung des Vortrags von Prof. Dr. med. Stefano Bassetti, Chefarzt Departement Innere Medizin, Universitätsspital Basel, durch Prof. Dr. med. Edouard Battegay

In moderner Medizin scheinen Wissenschaft und Technik die sogenannte „ärztliche Kunst“ verdrängt zu haben. So spricht die Bildsprache des Werbeprospektes des Krankenhauses Bände: Ein Neurochirurg mit 3D-Brille, der virtuell seine Operationen übt.

Dabei braucht es viel „ärztliche Kunst“ bei Multimorbidität, dem Vorhandensein mehrerer Erkrankungen beim selben Patienten. Dieser Gedanke sei nachstehend Schritt für Schritt entwickelt. Eine Schweizer Studie analysierte rund 42'000 Patienten/innen im Krankenhaus¹: 79% waren multimorbide (Altersmedian 68 Jahre) mit sage und schreibe 7 (sieben!) akuten und chronischen Krankheiten gleichzeitig, oft in typischen Mustern (Clustern).

Ein eigentliches Problem wird Multimorbidität allerdings oft erst, wenn sich Erkrankungen gegenseitig in die Quere kommen, zum Beispiel eine notwendige Antikoagulation wegen Vorhofflimmern bei einem Patienten mit Magen- oder gar Hirnblutung. Solche therapeutischen Konflikte können quantifiziert und dargestellt werden². Ein besonders hohes Potential an therapeutischen Dilemmata stellen Niereninsuffizienz, Depression oder Alkoholmissbrauch dar. Depression und Alkoholmissbrauch verschlechtern die Konkordanz der Medikamenteneinnahme mit der ärztlichen Verschreibung. Um ein besseres Verständnis der Herausforderungen um Multimorbidität zu umschreiben, definiert die National Library of Medicine, USA, den MESH Begriff „Multimorbidität“ seit 2018 als „The complex interactions of several co-existing diseases“³.

Nun, vielleicht ist Medizin doch Kunst, nämlich im Zusammenspiel zwischen Wissen und Fertigkeiten⁴ an der Reibungsfläche zwischen evidenzbasierter Medizin, individualisierter Medizin in häufig sehr komplexen Umfeldern mit häufig sehr komplex multimorbiden Patienten/innen. Dabei schält sich eine neue Kernkompetenz von Internisten/innen heraus, nämlich der Umgang mit Unsicherheit. Denn bei den meisten internistischen Patienten/innen lassen sich zahlreiche Algorithmen nicht unverändert anwenden, weil sie sich in die Quere kommen. Hier verwenden Ärzte/innen kognitive, nicht kognitive, bewusste und unbewusste Prozesse, um situativ klinische Herausforderung zu lösen. Erfahrung ermöglicht dabei sehr schnelles Denken, zum Beispiel beim unmittelbaren Erkennen eines Herpes Zoster. So entscheiden erfahrene Ärzte/innen im Alltag bei über 90% mit schnellem Denken unter anderem basierend auf Mustererkennung auch bei außerordentlich komplexen Fällen auf Grund von Schlüsselinformationen. Diese Schlüsselinformationen zu erkennen und zu extrahieren ist denn auch essentiell für die Entwicklung junger Ärzte/innen. Und hier ist eine Stichwortsuche auf Google unterlegen, denn die Eingabe von Schlüsselinformationen ohne Kontext führt zu zehntausenden von Hits.

Fortgeschrittene Medizinstudenten bis zu erfahrenen Ärzten/innen listen oft unvollständige Differentialdiagnosen auf, die sie analytisch und in einem geordneten Abklärungsweg abarbeiten und situativ ergänzen. Dabei sollte man stets kritisch bleiben. Einprägsam war das Beispiel einer Patientin, die intensiv wegen Durchfall abgeklärt worden war, dessen Ursache trotz intensiver Überlegungen und Untersuchungen ungeklärt blieb. Bei der Visite kurz vor Entlassung aus dem Krankenhaus fielen Flaschen eines Getränks mit Ersatzsüßstoff auf dem Nachttisch auf. Auf Nachfrage ergab sich der Konsum mehrerer Liter dieses Getränks am Tag. Die Ursache des Durchfalls war gefunden, ein durch schlecht resorbierbare Ersatzsüßstoffe induzierter Durchfall. Sollte man die Entdeckung der Flaschen auf dem Nachttisch nun als evidenz-basierte Medizin oder Kunst klassifizieren? Klinisches Denken ist die kombinierte und kontinuierlich wandelbare Anwendung von Wissen, Fertigkeiten und Heuristik zum Wohle der Patienten/innen. Vorderhand noch eine Kunst!

¹ Aubert et al. Patterns of multimorbidity in internal medicine patients in Swiss university hospitals: a multicentre cohort study. *Swiss Med Wkly.* 2019;149:w20094 DOI: <https://doi.org/10.4414/smw.2019.20094>

² Gassmann et al. The multimorbidity interaction severity index (MISI): A proof of concept study. *Medicine* 2017; e6144. doi:10.1097/MD.0000000000006144

³ <https://meshb.nlm.nih.gov/record/ui?ui=D000076322>

⁴ Steurer. Has Medicine become a Science? *Swiss Med Wkly.* 2019. https://smw.ch/opeds?tx_swablog_postdetail%5Bpost%5D=77