

Telmed: gefährlich, unwirtschaftlich und entbehrlich

Rolf H. Adler

Prof. emeritus, Universität Bern

Patientengeschichte

Frau S. V., geb. 1965, ist in einem Telmed-Modell bei einer Krankenkasse versichert. Sie ist verpflichtet, bei der Telmed die Erlaubnis einzuholen, wenn sie den Arzt aufsuchen möchte. Im September 2011 beginnt sie an präkordialen Schmerzen zu leiden und fragt bei Telmed an, ob sie den Hausarzt aufsuchen dürfe. Die Auskunftsperson stellt ein paar Fragen und will ihr die Ambulanz für den Transport in das 10 km entfernte Regionalspital schicken. Die Patientin lehnt ab und macht darauf aufmerksam, dass der Hausarzt im Haus nebenan praktiziere, höchstens drei Gehminuten entfernt. Telmed gibt die Erlaubnis nicht und besteht auf dem Einsatz der Ambulanz. Diese holt die Patientin ab und transportiert sie ins Regionalspital.

Im Austrittsbericht des Regionalspitals an den Hausarzt wird erwähnt: Selbstzuweisung wegen linksthorakalen Schmerzen. Diese sind durch Druck auf die Brustwand auslösbar. Die körperliche Untersuchung fällt normal aus (Blutdruck, Herzfrequenz, Herz- und Lungenauskultation, periphere Pulse, Halsvenen, EKG, Echokardiographie, Sauerstoffsättigung und Troponin). Die Kreatinkinase ist erhöht, es wird keine MB-Fraktion bestimmt. In der Anamnese hat die Patientin Schwindel, kalten Schweiß, Herzklopfen und Kribbelempfindungen im linken Arm erwähnt. Wegen der angeblich zunehmenden Symptome, der Familienanamnese (die Mutter hat mit 50 Jahren einen Herzinfarkt erlitten) und des jungen Alters wird sie am dritten Tag ins 50 km entfernte Universitätsspital zur Koronarographie gebracht.

Im Bericht aus der Kardiologie steht unter «Jetziges Leiden»: Die Patientin werde wegen instabiler Angina pectoris zu einer dringlichen Koronarographie eingewiesen. Sie leide ungefähr seit einem Jahr an retrosternalem Druckschmerz bei Belastung (die Art der Belastung wird nicht beschrieben). Die Schmerzen würden in den linken Arm ausstrahlen, begleitet von Herzrasen, Schwindel und Schweißausbruch (im Bericht wird auch nicht beschrieben, ob die Ausstrahlung in die Aussen- oder Innenseite des Arms erfolgt – Schmerzen in der Armaussenseite wären radikal bedingt, in der Innenseite eher kardial). Die Untersuchung, insbesondere von Herz und Lungen, sei normal, ebenso EKG und Koronarographie. Im Austrittsbericht wird auf Durchschlafstörungen und nächtliches Schwitzen seit drei Monaten hingewiesen.

Der Autor hat keine finanzielle Unterstützung und keine anderen Interessenskonflikte im Zusammenhang mit diesem Beitrag deklariert.

Kommentar

Zur Beratung am Telefon

Die Beratung am Telefon geht in Ordnung, wenn der Telefonberater den Patienten und seinen psychosozialen Kontext kennt. Ist er ihm unbekannt, entstehen Gefahren, auf die wir kürzlich hingewiesen haben [1]. Der Ratgeber sieht weder Mimik noch Gestik, und er kann den Anrufer nicht körperlich untersuchen. Zudem führt er kein Interview mit offenen Fragen zu Lokalisation und Ausstrahlung, zeitlichem Verlauf, Intensität, Qualität, verschlimmernen und lindernden Faktoren, Begleitsymptomen und psychosozialen Kontext, sondern geht nach einer Art Evidenz-basiertem Algorithmus vor. Ein Algorithmus umfasst eine definierte Anzahl von Schritten, die der Reihe nach vollzogen werden und eine bestimmte Aufgabe erfüllen. Wenn die einzelnen Schritte durch wenige Faktoren bestimmt sind, kann der Algorithmus leicht abgehandelt werden.

Die Naturwissenschaft vom Menschen ist die Wissenschaft von der Natur des Menschen, die eine «biopsychosoziale» ist (dieser Begriff ist holprig, hat sich aber eingebürgert). Was der Kranke dem Berater vorlegt, ist deshalb meistens ein multifaktorielles, komplexes Problem. Biologisch definierte Evidenz wird dem Problem selten gerecht. Gibt es eine zusätzliche Evidenz? Ja, sicher: die lebensgeschichtlich gewachsene Evidenz. Dazu zwei Beispiele: Menschen, die in der Kindheit psychisch und/oder physisch gequält worden sind, erleben als Erwachsene häufiger intensive und langdauernde, öfters schwer erklärbare Schmerzen [2]. Ebenso erkranken solche Personen häufiger an Multipler Sklerose [3]. Eine telefonische Beratung, die somatische, psychische und soziale Daten nicht integrieren kann, muss gezwungenermassen zu Fehlern führen.

Zur Medizin ohne Integration somatischer, psychischer und sozialer Befunde

Bei der Patientin liess sich der Schmerz durch Druck auf den Thorax reproduzieren. Weder eine instabile Angina pectoris noch eine Perikarditis oder ein akuter Herzinfarkt ist mit einem Druckschmerz der Thoraxwand verbunden. In die Überlegungen hätten Osteoporose, Rippenfraktur, Knochenmetastase, beginnender Herpes zoster, Pleuraempyem, subphrenischer Abszess, Aortenaneurisma, Myelom und das Tietze-Syndrom einbezogen werden sollen. Bei seit drei Monaten bestehendem gestörtem Schlaf mit kaltem Schweiß, tagsüber Schwindel, Atemschwierigkeiten und Kribbelparästhesien drängt sich jedoch die Diagnose des «Flucht-Kampf-Musters» auf, ein psycho-physiologisches Geschehen, das von W. B.

Cannon beschrieben wurde [4]. Aber ohne der Geschichte des Patienten Evidenz zuzubilligen, wird die Diagnose verpasst. Es verwundert daher nicht, dass im Austrittsbericht des Regionalspitals von «psychisch adäquat» die Rede ist. In der kardiologischen Abteilung des Universitätsspitals wird auf die so deutlichen Belege für eine psycho-physiologische Störung nicht eingegangen, und die auf keiner Evidenz basierende Diagnose einer instabilen Angina pectoris wird in den Vordergrund gerückt. Wer einen Hammer hat, sieht überall Nägel!

Zur Vernetzung

Der Hausarzt wird von keinem der zwei Spitäler kontaktiert. Auch ohne Verordnung eines Netzwerks durch Behörden besteht ein Netz, in das Hausarzt, Regional- und Zentrumspital ganz natürlich eingewoben sind. Keine zusätzliche, verordnete Organisation, wie sie Gesundheits-

Auf die Erfahrungen des Hausarztes zu verzichten kostet nicht nur Zeit und Geld, sondern kann auch dem Patienten schaden

Schnappschussdiagnosen und DRGs des Spitals eine zeitliche Dimension anfügt, die mit psychosozialen Daten versehen ist. Die Erfahrungen des Hausarztes mit seiner Patientin hätten die Arbeiten in den beiden Spitälern sinnvoll ergänzt resp. die Arbeit des Unispitals erübrigt. Auf diese Erfahrungen zu verzichten kostet nicht nur

ökonomien und Politiker vorschlagen, ist nötig. Es braucht aber die Einsicht, dass die Geschichte eines Menschen eine Evidenz besitzt, die den Querschnittsuntersuchungen,

Zeit und Geld, sondern kann auch dem Patienten schaden.

Zusammengefasst

1. Auf die telefonische Beratung eines Patienten, mit dem der Telefonberater nicht vertraut ist, soll verzichtet werden. Oder wie Cato vor dem römischen Senat: «Telemedizinam esse delendam.»
2. Die günstigste Medizin stützt sich auf einen biopsychosozial integrierenden Ansatz, den vor allem der Hausarzt in seiner Arbeit umsetzt.
3. Eine aufgezwungene Vernetzung bringt nichts. Die Vernetzung ist bereit, sobald eingesehen wird, dass es neben der biologischen Evidenz noch die individuelle, geschichtlich gewachsene Evidenz des Patienten gibt.

Korrespondenz:

Prof. em. Dr. med. Rolf H. Adler
Leiserenweg 4
CH-3122 Kehrsatz
[michele.rolf.adler\[at\]gmail.com](mailto:michele.rolf.adler[at]gmail.com)

Literatur

- 1 Adler RH. Notfallanruf: Grenzen und Gefahren. Praxis. 2010;99:1243–5.
- 2 Adler RH, Zlot S, Hürny C, Minder CE. Engel's Psychogenic Pain and the Pain Prone Patient: A Retrospective, Controlled Clinical Study. Psychosom Med. 1989;51:87–101.
- 3 Spitzer C, Bonchain M, Winkler LY, et al. Childhood Trauma in Multiple Sclerosis: A Case Control Study. Psychosom Med. 2012;74:312–8.
- 4 Cannon WB. Wut, Hunger, Angst und Schmerz. Eine Physiologie der Emotionen. Urban und Schwarzenberg, München-Berlin-Wien 1975.