

Begehrlichkeit

Die Arbeit der Qualigruppe Höngg zum Thema «Begehrlichkeit» hat – ohne Anspruch auf Evidenz – sehr interessante Resultate ergeben. Ob uns ÄrztInnen der Wunsch eines Patienten als Begehrlichkeit erscheint, hängt zu einem guten Teil von unserer subjektiven Empfindung ab. Das Erkennen unserer eigenen Subjektivität und das Einfühlen in die Gedankenwelt der Patienten sind wesentliche Voraussetzungen für einen erfolgreichen Umgang mit Situationen, in welchen Begehrlichkeit im Spiel sein könnte. Unser eigenes Wohlbefinden spielt eine wichtige Rolle. Kommunikative Fähigkeiten sind gefordert.

Le travail du cercle de qualité Qualigruppe Höngg sur le thème de la convoitise a donné des résultats très intéressants, sans prétention d'évidence. Si le désir d'un-e patient-e nous semble à nous médecins une convoitise, cela dépend en bonne partie de notre impression subjective. Le fait de connaître notre propre subjectivité et de pouvoir entrer dans le monde des idées des patient-es est une condition sine qua non de pouvoir maîtriser des situations dans lesquelles la convoitise pourrait intervenir. Notre bien-être joue un rôle important. Il faut développer les capacités de communication.

Qualigruppe Höngg:

Reini Baumann, Peter Christen, Philip Dreiding, Andrea Furrer, Heike Grossmann, Luzi von Rechenberg, Jörg Wälti, Marco Zoller

Arbeit der Qualigruppe

Wir Grundversorgerinnen und Grundversorger des Qualitätszirkels Höngg wählten das Thema, weil wir uns über Arbeitsunfähigkeitszeugnisse, Schuldspesen, unnötige diagnostische Abklärungen, Fitness- und Physiotherapieverordnungen ärgerten.

Blick auf die Emotionen: Wir erfassten in der täglichen Praxisarbeit während zweier Wochen Situationen, in denen wir einen Patientenwunsch als begehrlich empfanden, und beurteilten dabei den Grad unserer Emotion. Auf Grund dieser Beispiele stellten wir fest, dass Begehrlichkeit einem subjektiven Empfinden von uns ÄrztInnen entspricht. Dies führte auch zur Erkenntnis, dass unsere Gedanken und diejenigen der PatientInnen nicht immer adäquat sind. Das heisst, wir ÄrztInnen können den Wunsch einer Patientin nicht immer genügend klar verstehen und ihn deshalb als eine Begehrlichkeit empfinden. Unsere Gedanken berücksichtigen dann die besondere Situation der Patientin nicht adäquat. Je nach Stressniveau oder Grad des Burnouts empfinden wir einen Patientenwunsch eher als berechtigt oder begehrlich. Es ist z.B. aus Sicht der Patientin nicht begehrlich, wenn die Krankenkasse eine Kostenbeteiligung für Fitnesszentren anbietet und sie glaubt, sie brauche dafür ein Arzteugnis.

In der Diskussion waren wir uns nicht einig, ob die Emotionen, die in uns beim Gedanken an Begehrlichkeit hochsteigen, in jedem Fall angesprochen werden sollen. Es ist wohl vorsichtig, zuerst die eigene Stimmungslage zu überprüfen, bevor man sich gegenüber den Wünschen des Patienten abgrenzt.

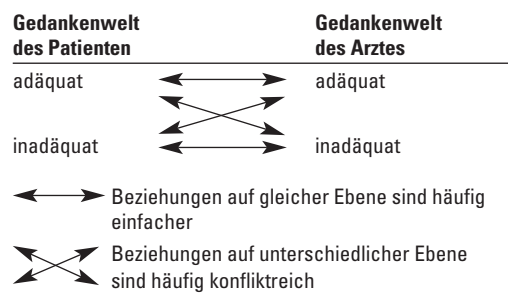
Blick auf die Risikofaktoren: In einer zweiten Runde erfassten wir erneut die Begehrlichkeit in der täglichen Praxisarbeit während zweier Wochen, richteten aber diesmal unsere Aufmerksamkeit auf die Risikofaktoren. Wir suchten Situationen und Verhaltensweisen, in denen wir häufig Begehrlichkeiten spürten.

Auffällig war, dass in der zweiten Runde alle Praxen Patientenwünsche viel weniger häufig als begehrlich empfanden (siehe Erklärungsversuch unter «Umgang mit Begehrlichkeit»).

Definition

Begehrlichkeit = vom Arzt subjektiv als inadäquat empfundener Wunsch des Patienten oder des ihn betreuenden Teams.

Ebenen der Arzt-Patienten-Beziehung



Risikofaktoren für das subjektive Empfinden von Begehrlichkeit

Risikofaktoren auf seiten der Patientin/ des Patienten:

- unterschiedliche Körper-/Krankheitsbilder (Angst, Migranten, psychosomatische Krankheiten);
- Angstpatienten;
- psychosomatisch kranke Patienten;
- Suchtpatienten;
- fremder kultureller Hintergrund (gesellschaftlich, Krankheitsverarbeitung, Migranten);
- konsumierende chronische Krankheiten (HIV-Patienten, MS usw.);
- medizinisches Personal / Personen mit Pseudowissen;
- «Zeitforderung» des Patienten;
- Wunsch nach Alternativmedizin.

Auffällig an diesen Risikofaktoren ist, dass die Gedankenwelt der Patientin wegen Angst, chronischer Krankheit, kultureller Unterschiede ganz verschieden ist von der Gedankenwelt der Ärztin. Wenn sich die Ärztin nicht bemüht, sich in die Gedankenwelt der Patientin zu versetzen, empfindet sie ihren Wunsch als inadäquat, d.h. begehrllich.

Risikofaktoren auf seiten der Ärztin / des Arztes

- Empathie;
- Nähe/Bekanntheit/
Verwandtschaft Ärztin/Patientin;
- Verfassung/Burnout/Pschohygiene der Ärztin;
- Zeitmangel, Zeitmanagement der Ärztin;
- ökonomische Interessen der Ärztin;
- Verlust des Patienten oder gar der «Sippe» bei einem «Nein»;
- (noch) nicht strukturierte Arzt-Patienten-Beziehung: neue Patienten, Gefahr, den «nicht zahlenden Patienten» zu spät zu erkennen.

In diesen Situationen ist die Gedankenwelt der Ärztin aus emotionalen oder finanziellen Gründen inadäquat oder die Ärztin nimmt sich zu wenig Zeit, um die Gedankenwelt der Patientin zu verstehen.

Risikofaktoren von seiten des Umfeldes

- ökonomische Interessen von Institutionen wie Krankenkassen/Versicherungen, Sozialarbeitern/Fürsorge (IV-Begehren), Arbeitgebern/Arbeitnehmern in schwierigen Arbeitsverhältnissen;
- überforderte Betreuer in schwierigen psychosozialen, medizinischen Situationen.

Gegenüber den ökonomischen Zwängen mit Versicherungen oder Fürsorgebehörden sind wir weitgehend hilf- und machtlos. Hier kann meist nur Gelassenheit helfen. Hingegen hilft bei überforderten Betreuern, die wir als begehrllich empfinden, meist ein Familiengespräch oder eine Fallbesprechung mit dem Pflorgeteam.

Umgang mit Begehrlichkeit

Nur schon die Auseinandersetzung mit dem Thema, die Definition der Begehrlichkeit als subjektive Empfindung, die Darstellung von Ebenen adäquaten und inadäquaten Denkens und das Erkennen von Risikofaktoren hat unsere subjektive Wahrnehmung verändert und uns eine «dickere Haut» wachsen lassen. Einerseits fühlten wir uns besser in unsere Patienten ein und verstanden sie besser. Andererseits blieben wir gelassener im Bewusstsein, dass unter gewissen Umständen die Erfüllung eines Patientenwunsches, den wir subjektiv als begehrllich empfanden, unsere Kräfte am meisten schonen kann, sowohl zeitlich als auch emotional. Wohl deshalb empfanden wir in der zweiten Erhebungsrunde Patientenwünsche weniger häufig als begehrllich.

Wie wir das in Balint-Gruppen, Fort- und Ausbildungen wiederholt wohl alle diskutiert haben, gehen wir situationsgerecht ganz unterschiedlich mit solch teilweise frustrierenden Situationen um.

- Es ist wichtig, dass wir *die eigenen Emotionen erkennen und deren Ursachen ergründen*. Wir können schnell ein ungenügendes Zeitmanagement erkennen und die Besprechung des «begehrllichen» Wunsches auf später verschieben.

- Wir sollten die *Emotionen offen ansprechen*, um dem Patienten die Chance zu geben, Stellung zu nehmen.
- Sofern die Gedanken des Patienten inadäquat sind, kann er dies vielleicht erkennen, wenn wir ihm die *Situation und den Wunsch zusammenfassend darstellen* und so den «*Spiegel*» vorhalten.
- Im Verlauf der Praxistätigkeit lernen wir, auffällige *Risikosituationen zu vermeiden*, z.B. nehmen wir Verwandte oder enge Nachbarn nur dann als unsere Patienten an, wenn eine wirklich gute Beziehung besteht, die Spannungen aushalten kann und es erlaubt, Meinungsdivergenzen anzusprechen, insbesondere dann, wenn ein Gefühl von «Begehrlichkeit» aufkommt. Wir optimieren unser Zeitmanagement, der ökonomische Druck verringert sich, und wir besuchen eine Balint-Gruppe oder ein Kollegen-Chränzli zur Psychohygiene.

Aus der Sicht einer Patientin und einer Praxisassistentin (MPA)

Diesen Bericht hat der Verfasser einer Patientin und einer MPA zur Gegenlektüre unterbreitet, die Gedanken wurden noch nicht in der Gruppe diskutiert.

Die Patientin warf die Frage auf, ob das ausdrückliche Formulieren von Wünschen nicht mit der von uns Ärztinnen durchaus gewünschten und geförderten Selbstverantwortlichkeit und Mündigkeit der Patientinnen zu tun hätte. Dieser Aspekt müsste bei unserer Wahrnehmung von «Begehrlichkeit» mit bedacht werden.

Eine engagierte Mitarbeiterin wies darauf hin, dass anlässlich des Einschreibens einer Konsultation beim Empfang und am Telefon sehr oft spezielle Wünsche – an der Grenze zur Begehrlichkeit – der Patientin betreffend Konsultationszeitpunkt und -dringlichkeit ausgehandelt und mit dem Zeitmanagement des Arztes in Übereinstimmung gebracht werden müssen. Die Mitarbeiterinnen müssen es in dieser schwierigen exponierten Situation – meist ohne genaues Hintergrundwissen betreffend Diagnose, Ängste und Nöte des Patienten – schaffen, allen diesen Punkten gerecht zu werden, und gleichzeitig sollten sie entsprechend den Praxisrichtlinien die Ärztin möglichst ungestört im Sprechzimmer arbeiten lassen. Es ist wichtig, dass wir genügend Zeit zur Mitarbeiter-schulung in diesen Belangen und zur Pflege der Psychohygiene der Mitarbeiterinnen einräumen.

Apropos

Wir sollten uns auf die ärztlichen Kernkompetenzen zurückbesinnen und davon Abstand nehmen, jeder semantischen Nullmenge und Eintagsfliege hinterher zu rennen, heisse sie nun Wellness, Empowerment oder Salutogenese. Wir sind ÄrztInnen geworden, um Kranke zu heilen; dies ist auch, was die grosse Mehrheit der Leute, sprich Patienten, von uns wollen: einen Arzt, eine Ärztin, die ihnen zuhören, die mit fachlicher Kompetenz eine Lösung oder Lösungen suchen und ihnen in Not zur Seite stehen.

Dr. H.H. Brunner, FMH-Präsident, Festrede an der «100 Jahre FMH»-Feier in Olten am 15.12.2001 / BK