

Unsichtbare Teilnehmer in der Sprechstunde

*Qualitätszirkel Höngg: Reini Baumann,
Peter Christen, Elica Dulic, Philip Dreiding,
Andrea Furrer, Heike Grossmann,
Luzius von Rechenberg, Jörg Wälti, Marco Zoller*

Nebst den Patientinnen und Patienten, denen wir gegenüber sitzen, beeinflussen auch abwesende Instanzen die Arbeit in der Sprechstunde. Es darf sogar angenommen werden, dass sie in der Mehrzahl von Arzt-Patienten-Beziehungen eine wichtige Rolle spielen. Wir gehen davon aus, dass das Erkennen einer solchen Instanz und die richtige Einschätzung ihres Einflusses die Qualität der ärztlichen Leistung positiv beeinflusst und viel zur Zufriedenheit von Arzt und Patient beiträgt.

Les patients et patientes que nous rencontrons au cabinet sont souvent sous l'influence de différents facteurs invisibles. On peut même penser que ces facteurs jouent un rôle essentiel dans la plupart des relations médecin-patient. Prendre conscience de ces facteurs et évaluer leur impact avec justesse peut influencer favorablement la qualité de notre intervention médicale et contribuer à la satisfaction des patients et patientes – et de leur médecin.

Ausgangssituation, Arbeit des Qualitätszirkels

Schon einmal führten uns zunächst undefinierbare Gefühle während der Sprechstunde auf ein Thema, dasjenige der «Begehrlichkeit». Wir berichteten darüber in PrimaryCare [1]. Auch auf nicht direkt sichtbar Beteiligte an der Arzt-Patienten-Beziehung machten uns diffuse Gefühle, Ahnungen oder Irritationen aufmerksam. Wir versuchten also, diese Gefühle genauer zu charakterisieren und auf ihre Bedeutung als Hinweis auf unsichtbar Anwesende zu prüfen.

Wir beobachteten, dass gewisse Sprechstundenthemen und -situationen besonders häufig von unsichtbaren Teilnehmern bevölkert sind, und haben diese Situationen charakterisiert. Im weiteren haben wir uns bemüht, solchen Instanzen ein Gesicht zu geben bzw. ihre möglichen Erscheinungsformen und ihre Dynamik zu beschreiben. Abschliessend folgen Beispiele von Fragen, die das Aufspüren von Drittinstanzen erleichtern.

Fallbeispiele

Ein älterer Mann entschuldigt sich fortwährend für sein Kommen, er kann sein Anliegen nur undeutlich formulieren. Nach der ergebnislos verlaufenden Konsultation ist von der Praxisassistentin zu hören, dass ihn die Ehefrau schon mehrmals angemeldet hat.

Eine Frau ist beim Betrachten der Sendung eines Fernseharztes endlich auf die lang vermutete Diagnose gekommen. Sie will diese bestätigt wissen und auch die Richtigkeit der in der Sendung empfohlenen Behandlung.

Die Grossmutter einer Familie aus dem Balkan hat eine Apoplexie erlitten. Die Therapie macht keine Fortschritte. Wären die Rehabilitationsbemühungen erfolgreich, wäre ihre Aufenthaltsbewilligung in Frage gestellt.

Der Patient mit dem HWS-Trauma geht nicht in die verordnete Physiotherapie. Es ergibt sich, dass er zusammen mit seinem Anwalt gegenwärtig in Gerichtsverhandlungen engagiert ist, von denen erhebliche materielle Konsequenzen zu erwarten sind.

Gefühle

Meistens ahnt man, dass «etwas nicht stimmt». Nicht immer sind jedoch die Zusammenhänge einfach zu erkennen. Je undefinierter die «unsichtbare Instanz», desto irrationaler und schwerer zu deuten sind auch die Gefühle, die uns befallen. Gemeinsam ist diesen Gefühlen, dass sie uns einen Informationsmangel signalisieren oder darauf hinweisen, dass wir etwas nicht in unsere Überlegungen miteinbezogen haben. Regelmässig stellen sie unsere Handlungsautonomie in Frage. Im Moment der Verunsicherung können wir versuchen, innezuhalten und uns die Frage zu stellen, ob «da vielleicht noch irgendje-

mand vergessen wurde». Wir können versuchen, die Verunsicherung als *Indikator* für die Einwirkung von Drittpersonen (Handlungs-interferierende dritte Instanz) zu deuten.

Natürlich kann auch der Patient das Gefühl bekommen, es nicht nur mit dem Arzt zu tun zu haben, sondern mit ungenannten oder undeckelten Drittpersonen. Und letztlich können auch Arzt und Patient ahnungslos sein über die «Akteure hinter der Bühne». Die Irritation beim Unwissenden ist oft desto stärker, je versteckter die abwesende Instanz ist.

Gefühle, die uns auf ein komplexeres Arzt-Patienten-Gefüge hinweisen:

- Hilflosigkeit, wenn eine Behandlung einfach nicht das gewünschte Resultat zeigt;
- Kränkung, wenn im gleichen Problemfall schon wieder eine spezialärztliche Abklärung verlangt wird;
- Unverständnis, wenn die vorgeschlagene Behandlung nicht durchgeführt wird;
- Ärger über den schon wieder nicht eingehaltenen Termin;
- Wut, wenn eine «höhere Gewalt» den Verlauf zu bestimmen scheint;
- Unsicherheit, weil unklar ist, warum der Patient einen neuen Arzt gesucht hat;
- Gefühl, Opfer einer Begehrungshaltung zu sein;
- Misstrauen gegenüber den Fragen des Arztes;
- Sprachlosigkeit, Langeweile.

Situationen, in denen unsichtbare Dritte oft eine Rolle spielen

Zahlreich sind die Situationen, bei denen der aktuelle Dialog zwischen Arzt und Patient nur die Spitze des Eisberges ist, bei denen der unsichtbare Anteil jedoch die wesentlichen Elemente des Problems enthält. Wir können versuchen, bei gewissen Themen oder Beobachtungen besonders auf mögliche «Un-sichtbare» zu achten:

- Ein unerwarteter Krankheitsverlauf muss nicht immer eine prognostische Fehlbeurteilung bedeuten, sondern kann durch den Patienten verursacht werden, der seine Behandlung ändert, abbricht oder anderswie modifiziert, weil er Angst hat vor unerwünschten Wirkungen der Behandlung «genau wie beim Bruder, der dieselben Medikamente bekommen hat ...».
- Ungenügende «Therapietreue» kann durch Scham bedingt sein, durch die Sorge, das Leiden könnte bekannt werden («das gibt es in unserer Familie nicht, wenn man in der Apotheke sieht, was für Medikamente ich brauche»). Druck am Arbeitsplatz macht vielleicht die zeitgerechte Anwendung

von Medikamenten unmöglich und lässt eine eingehende Beschäftigung mit dem Leiden gar nicht zu.

■ Suchtkrankheiten oder andersartige Abhängigkeiten werden fast unweigerlich verheimlicht; die möglichen interferierenden Personen sind zahlreich und werden meist erst mit grossem Aufwand transparent.

■ Die Diagnose einer unheilbaren Krankheit: Wenn man «nichts mehr tun kann» (oft schon vorher), wird Hilfe dort gesucht, wo sie angeboten wird. Über diese Angebote und die versuchten Methoden spricht man jedoch nicht gerne mit dem Arzt, da er wahrscheinlich kein Verständnis dafür hat ...

■ Offensichtliche oder vermutete materielle Interessen (Rentenbegehren, Erbansprüche).

■ Eindruck von «sekundärem Krankheitsgewinn».

■ Themen mit grossem Medieninteresse.

■ Häufiger Arztwechsel.

■ Unklarer Auftrag.

■ Unterschiedliche Kulturzugehörigkeit von Arzt und Patient.

■ Grosse psychosoziale Belastung.

Die persönliche Konstellation der Arzt-Patienten-Beziehung kann ebenfalls bewirken, dass Teile der Diskussion oder des Entscheidungsfindungsprozesses undeckelt «ausgelagert» werden:

■ Übersteigerte Vorstellung des Patienten von der medizinischen Machbarkeit zwingt den Arzt, zu tun, was machbar ist, und erschwert die Berücksichtigung anderer Entscheidungskriterien.

■ Ein Beziehungsgefälle in der Arzt-Patienten-Beziehung wegen paternalistischer Haltung des Arztes oder unterwürfiger Haltung des Patienten.

■ Methodische Beschränktheit des Arztes.

■ Unausgesprochene Hilflosigkeit des Arztes.

■ Eine interessante Variante eines (für den Patienten) unsichtbaren Dritten, der Handlungen und Entscheidungen beeinflussen kann, ist ferner die Situation, wenn der Arzt mit dem gleichen gesundheitlichen Problem kämpft wie der Patient.

Einladen des «abwesenden Dritten»?

Wir sind vielleicht der Tatsache von «unsichtbaren Dritten» etwas näher gekommen. Wir sind uns auch bewusst, dass wir sie in verschiedenen Umfeldern suchen müssen: im persönlichen Umfeld (Angehörige, Arbeitsumfeld, kulturelle Zugehörigkeit), im medizinischen Umfeld (Hausärzte/Spezialisten, Spitäler, Heime, Spitexorganisationen), im juristischen Bereich (Anwälte, Versicherung, Gesetze) oder in den Medien. Was wäre nun naheliegender, als die Abwesenden zu identifizieren, sie zu Anwesenden, wenn möglich zu Mitarbeitenden zu machen?

Folgende Fragen können dabei weiterhelfen:

- Haben Sie sonst mit jemandem über dieses Problem gesprochen?
- Was spricht möglicherweise gegen Ihren Entscheid, gegen Ihr Vorgehen?
- Welche Auswirkungen könnte Ihr Entscheid, Ihr Vorgehen haben, könnte jemand einen Nachteil / einen Vorteil daraus ziehen?
- Haben Sie schon unangenehme Erfahrungen mit ähnlichen Entscheiden/Vorgehen gemacht?
- Gibt es jemanden oder einen Umstand, der Ihren Entscheid / Ihr Vorgehen in Frage stellen könnte?
- Warum wenden Sie sich in dieser Frage an mich?
- Gibt es etwas, das wir in die bisherigen Überlegungen nicht einbezogen haben?
- Fragen nach der finanziellen Basis des Patienten, Einkommen aus Erwerbstätigkeit, Rente, Krankentaggeld, Pension der Mutter, die der Patient betreut, etc.?

Eine Studie [2] bestätigt, dass – real vorhandene – Bezugspersonen von Patienten in der Sprechstunde von Nutzen sind, und es scheint uns selbstverständlich, dass das Klären und das konkrete Ansprechen von wesentlichen Beziehungsaspekten zur hausärztlichen Arbeit gehören. Es gibt aber oft gute Gründe, vorsichtig zu Werk zu gehen. Nicht immer sind unsichtbare Drittpersonen Störfaktoren, und vielleicht gibt es einfühlbare Gründe, warum der Patient, bewusst oder unbewusst, nicht sein ganzes Beziehungsgefüge bekanntgibt.

Mit Vorsicht und Empathie ermöglichen wir einen gemeinsamen Zugang zu den bisher unsichtbaren Sprechstundenteilnehmern.

Wir laden die Abwesenden gleichsam ein, rechnen aber auch mit der Möglichkeit, dass die Einladung abgelehnt wird, weil vielleicht (noch) nicht alle Protagonisten in der Sprechstunde Platz haben. Weil die Zeit dafür vielleicht aus anderen Gründen noch nicht reif ist.

Literatur

- 1 Baumann R, Christen P, Dreiding P, Furrer A, Grossmann H, von Rechenberg L, Wälti J, Zoller M. Begehrlichkeit. Primary-Care 2002;2:394–6. Internet: <http://www.primary-care.ch/pdf/2002/2002-14/2002-14-113.pdf>
- 2 Schilling et al. The third person in the room: Frequency, role, and influence of companions during primary care medical encounters. J Fam Pract 2002;51:685–90.

Dr. med. Luzius von Rechenberg
Kappenhühlweg 11
CH-8049 Zürich
LvR@hin.ch

Alle von der PrimaryCare-Redaktion zur Publikation akzeptierten Qualitätszirkel-Beiträge werden mit 500.– SFr. honoriert. Diese Unterstützung der Aktivitäten der Qualitätszirkel wird durch ein Sponsoring der Firma Pfizer ermöglicht (siehe auch Editorial in PrimaryCare Heft 23/2002 [<http://www.primary-care.ch/pdf/2002/2002-23/2002-23-251.pdf>]). Diese Beiträge sind jedoch vollkommen unabhängig von diesem Sponsoring entstanden und werden erst nach redaktionellem Review-Prozess dafür vorgeschlagen.