Louis Litschgi

Der Arzt auf dem Sozius – tolerieren statt dirigieren

Das QZ-Projekt wurde im Rahmen des IHAMB-Forschungspreises 2011 der Sandoz an der SFD-Konferenz in Basel mit Silber und 2500 Schweizer Franken ausgezeichnet – Primary*Care* gratuliert und stellt die Arbeit vor. Lesen Sie in den folgenden Heften auch die Beiträge der anderen Preisträger.

Der Fall

Der Fall liegt Jahre zurück: Eine Frau ruft mich auf Hausbesuch. Zum ersten Mal betrete ich wieder die Wohnung, aus der sich ihr Mann vor fünf Jahren aus dem Fenster des zweiten Stockes fallen liess, in suizidaler Absicht. Nun lebt die Wittwe wieder mit einem Freund zusammen und klagt über Bauchschmerzen. Die Untersuchung ergibt den Verdacht auf eine Divertikulitis und bei entsprechendem Laborbefund verschreibe ich ein Antibiotikum. Die Schmerzen bessern, nicht aber der Lokalbefund, und die Laborparameter steigen weiter an. Ich empfehle der Patientin die Hospitalisation, sie will aber zu Hause bleiben, unbedingt. Tags darauf dehnen sich die Schmerzen aus und klinisch findet sich eine Quadrantenperitonitis, offenbar ist die Divertikulitis perforiert. Die Frau weigert sich weiter, ins Spital einzutreten. Unter Fortsetzung der Antibiotikatherapie besserte sich ihr Zustand. Im CT zehn Tage später sieht man die Abzessbildung zwischen Sigma und Blase. Nach drei Wochen bricht der Abszess im Bereich der Scheide durch und die Bauchschmerzen verschwinden. Das war 2003, die Frau war 73-jährig. Eine Scheidenfistel persistierte über Jahre, auch diese wollte die Frau nicht operieren lassen.

Die Studie

Solche Fälle beschäftigen mich und zum Glück gibt es Qualitätszirkel, an denen wir in vertrautem Kreise von solchen Ungeheuerlichkeiten berichten können. Auch meine Kollegen kannten Fälle mit «struben» Verläufen, ausgehend von einer Patientenentscheidung, die sich nicht umstossen liess, und – das war unsere erste gemeinsame Erkenntnis – mit erstaunlich gutem Ausgang. Was wissen wir heute noch über Spontanverläufe und was wissen wir über die medizinischen Resultate, wenn Patienten ihre Autonomie durchzusetzen vermögen? So gut wie nichts. Was passiert, wenn wir dem Patienten eine Chance geben, recht zu haben? Um die Frage weiter zuzuspitzen, haben wir uns speziell für die Fälle interessiert, in denen der Patient ein Prozedere wählt, das nach unserem medizinischen Wissen die schlechtere Lösung bringt. In diesen Fällen trotzdem den Patienten die Führung zu überlassen und uns hinter ihnen auf den Sozius zu setzen, das war das Einschlusskriterium für unsere Untersuchung. Der Studie gaben wir den Namen «Der Arzt auf dem Sozius – tolerieren statt dirigieren» und haben dazu in den letzten sechs Jahren 80 Fälle eingeschlossen.

Theoretischer Hintergrund

Drei Grundbedürfnisse unserer Patienten dürfen wir in der Medizin nie aus den Augen lassen: das Bedürfnis nach Autonomie, das Bedürfnis nach Kompetenz und das Bedürfnis nach Bindung [1]. Im Allgemeinen sind wir noch sehr eingenommen von der Denkart, dass der Patient das Leiden und wir das entsprechende Wissen haben, nach dem sich die Behandlung zu richten hat. So kommen wir meist gar nicht auf die Idee, nach den Abklärungs- bzw. Behandlungsvorstellungen der Patienten zu fragen. Wollen wir neben dem Bedürfnis nach Kompetenz auch das Bedürfnis nach Autonomie beim Patienten ernst nehmen, so müssen wir gemeinsam mit ihm eine Entscheidung suchen. Studien zur partizipativen Entscheidungsfindung (shared decision-making) zeigen eindrückliche Vorteile dieser Meinungsbildung [2–4]. Der Weg zur gemeinsamen Entscheidung führt über Verhandlungen. Im letzten Winter haben wir in Basel einen Fortbildungsabend dem Thema «Verhandeln – Behandeln» gewidmet, unser Gast war der Pädagogikprofessor Roland Reichenbach. Das in Abbildung 1 dargestellte Schema verdanke ich seinen Ausführungen. Es stammt vom amerikanischen Soziologen Robert Selman, der diese Zusammenhänge verschiedener Verhandlungsstrategien aus der empirischen Arbeit mit Jugendlichen gewonnen hat [5].

Nach oben werden die verschiedenen Stufen von Verhandlungskompetenz beschrieben, die wir im Laufe des Lebens erwerben können, wobei der Erwerb einer höheren Stufe immer die jeweils niedrigere Stufe voraussetzt, man kann also keine Stufe überspringen. Für unsere Fragestellung ist we-

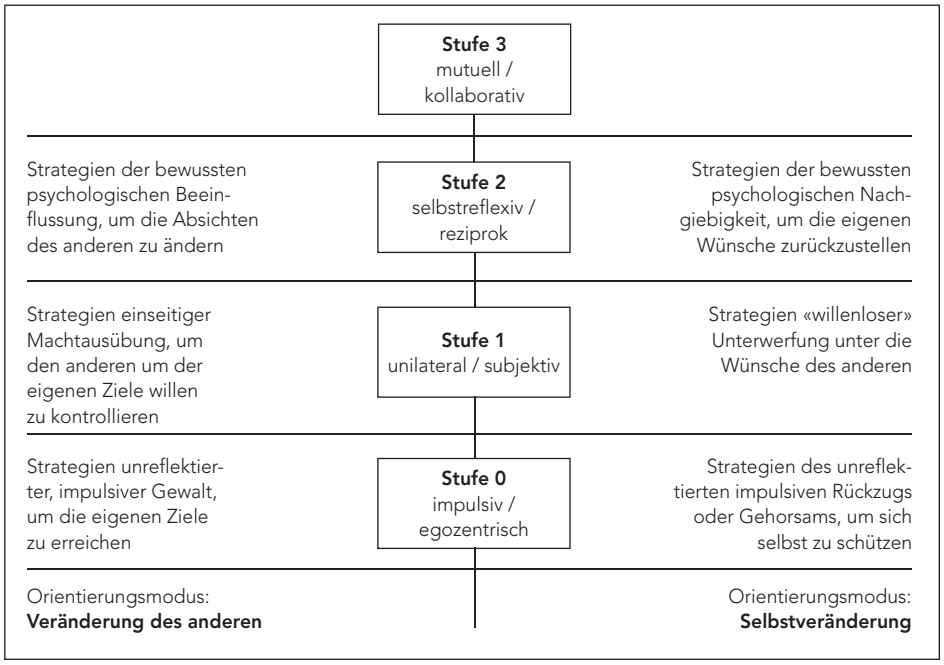

Abbildung 1
Verhandlungsstrategien nach Selman [5].

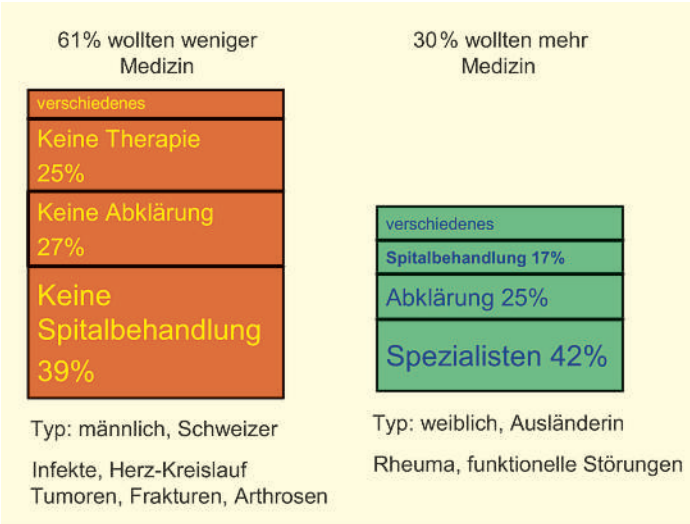

Abbildung 2
Das eingeschlossene Kollektiv.

niger dieses Stufenmodell wichtig als vielmehr die vertikal eingezeichnete Unterscheidung der zwei Orientierungsmodi: «Selbstveränderung» versus «Veränderung des anderen». Normalerweise sind wir in der Medizin ganz darauf konzentriert, ja versessen, den anderen zu verändern, und je nach Niveau, auf dem wir ihn antreffen oder auf dem wir zu verhandeln fähig sind, kommt eine der links beschriebenen drei Strategien zum Einsatz. Diesen Orientierungsmodus kann man auch «Dirigieren» nennen, seine vornehmste und von uns gern verwendete Variante heisst «Motivieren» (Stufe 2).
Ob wir bei den Verhandlungen mit unseren Patienten je auch auf die Idee kommen, uns selber zu verändern? Erst in diesem Modus hat der Anspruch der Patienten nach Autonomie überhaupt eine Chance, sich einzubringen. Wir nennen diesen rechts dargestellten Modus «Tolerieren». Faire Verhandlungen sollten auch die Möglichkeit bieten, gewähren zu lassen.

Die Resultate

Kehren wir nach diesem Exkurs in die Verhandlungsstrategien zurück zu unseren Fällen, die wir in die Soziusstudie eingeschlossen haben. Eines der Einschlusskriterien war die Bereitschaft des Arztes, seine Position zu verändern.
Unter den Autonomen finden wir überdurchschnittlich viele Frauen, Ausländer und ältere Leute, also eher die sozial schwächeren Bevölkerungsgruppen. 30% wollten mehr Medizin (Abklärung oder Therapie), 61% weniger, 9% eine andere. Der häufigste Patientenwunsch nach mehr Medizin galt einer Überweisung an einen Spezialisten. Der häufigste Wunsch nach weniger Medizin hiess «Ich will nicht ins Spital». Bei den Krankheiten der Gruppe der Verweigerer standen Infekte an erster Stelle, gefolgt von Problemen am Bewegungsapparat, vor allem Arthrosen und Frakturen. Häufig waren auch Tumore oder Kreislauferkrankungen Anlass für Meinungsdivergenzen – also eigentlich handfeste Diagnosen, bei denen die Medizin auch einiges zu bieten hätte. Die Erkrankungen, die bei den Forderern dominierten, waren mehr funktioneller Natur oder Schmerzzustände, also schwerer fassbar und therapeutisch undankbarere Leiden.
Zur Illustration beider Gruppen und um die Dramatik, die mit dem Tolerieren verbunden ist, dem Leser spürbar zu machen, möchte ich drei Fälle aus dem Kollektiv genauer beschreiben:

Fallbeispiel 1
Ein 35-jähriger Küchengehilfe aus Sri Lanka besucht seinen Arzt wegen der immer noch geschwollenen Hand, die er vor Wochen angeschlagen hat. Auf dem Röntgenbild sieht der Hausarzt eine stark dislozierte MC-Fraktur V (Abb. 3, 4) und schickt den Patienten ins St. Claraspital zur handchirurgischen Beurteilung. Tags darauf kommt der Patient zurück und meint, im St. Claraspital gebe es keinen Handchirurgen. Und: Er habe es sich nochmals überlegt, er möchte keine weitere Behandlung, sondern wieder zurück an die Arbeit, er habe bis jetzt auch immer gearbeitet.

Fallbeispiel 2
Eine 59-jährige Frau, verheiratet, konnte wegen einer Angststörung seit Jahren das Haus alleine nicht verlassen. Sie hat eine Invalidenrente wegen einer Charcot-Marie-Tooth-Krankheit, vor 18 Jahren auf der Neurologie diagnostiziert.
Erster Besuch: Sie ruft den Hausarzt wegen Fieber, Husten und Thoraxschmerzen. Bei der klinischen Untersuchung findet er weiter keinen pathologischen Befund. Das CRP im Labor ist aber 150 und war noch vor einer Woche bei einem Check-up normal. Bei unklarer Diagnose behandelt er mit Paracetamol.
Wegen dem hohen CRP besucht der Arzt sie schon tags darauf wieder, das Fieber bleibt hoch auf 39 Grad, das CRP steigt auf 160. Nach dem Wochenende, also drei Tage später, geht er zum dritten Mal zu ihr auf Hausbesuch. Klinisch dominieren jetzt ganz intensive Nackenschmerzen. Die Thoraxschmerzen sind verschwunden, Bauchschmerzen sind dazugekommen. Der Blutdruck sinkt auf 80/40 und sie kann nur noch an Stöcken auf die Toilette gehen. Neu findet sich im Urin Eiweiss+++ und Blut+++, aber keine Infektzeichen. Der Arzt will die Patientin einweisen, doch sie will nicht ins Spital. Er gibt ihr seine völlige Unkenntnis über ihren Zustand zu bedenken und dass er ihr in keiner Weise helfen könne, dennoch bleibt sie bei ihrem Entschluss, zu Hause zu bleiben.

Fallbeispiel 3
Ein 62-jähriger Frührentner, der an verschiedenen funktionellen Beschwerden leidet, kommt wegen einer Verstopfung zum Arzt. Er will aber keine weiteren Abführmittel, die hat er schon versucht, sondern ein Klistier im Spital. Dort verweist man ihn an die Spitex, weil man dafür keine Zeit habe. Dann kehrt er zum Arzt zurück, nachdem das Klistier von der Spitex die Verstopfung nicht beheben konnte und besteht auf eine Überweisung zu einer Kolonoskopie.

Der Verlauf
Manch einer mag sich bei diesen Beispielen gedacht haben: «Oh weia, wenn das nur gut kommt». Nun, die Mehrzahl der Fälle hatte einen auch für uns überraschend guten Verlauf (Abb. 5).
Bei 30% kam es später zur Umkehr der Führung, das heisst, der ursprüngliche Rat des Arztes fand doch noch Anklang, nach einer gewissen Zeit des Gewährens. Häufiger bei den Verweigerern, seltener bei den Forderern. In 70% blieb der Arzt auf dem Sozius sitzen.
Wie sieht das medizinische Langzeitresultat aus? Um das gefundene Outcome fallspezifisch bewerten zu können, haben wir zum Vergleich einen hypothetisch angenommenen Verlauf auf dem konventionellen medizinischen Weg danebengestellt. Die Untergruppen zeigen etwas unterschiedliche Bewertungen. Am meisten profitiert haben die Patienten, die konsequent ihrem selber gewählten Weg treu geblieben sind. Während umgekehrt diejenigen, die doch noch auf die ärztliche Linie eingeschwenkt sind,

Abbildungen 3 und 4
Röntgenbilder einer stark dislozierten MC-Fraktur V.

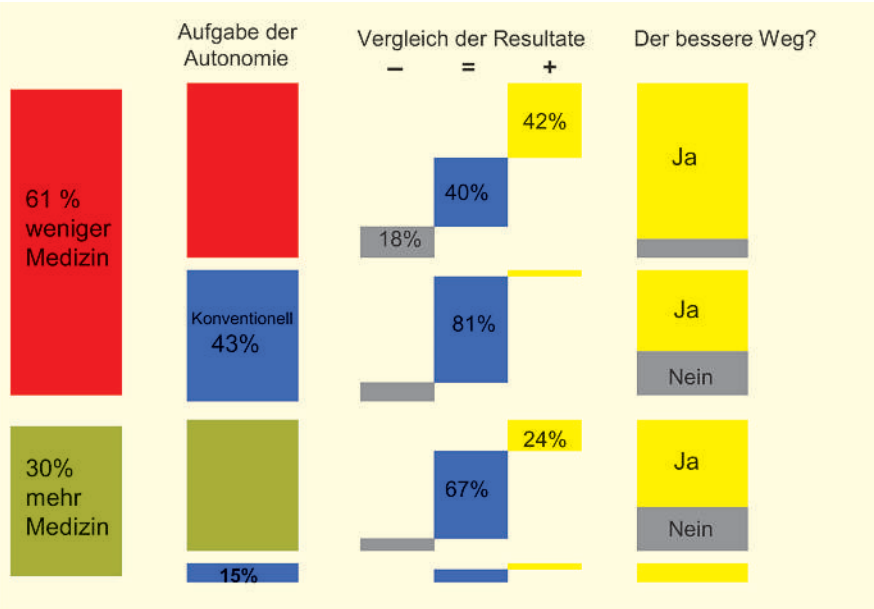

Abbildung 5
Verlauf der Soziusfälle.

durch die Verzögerung der medizinischen Intervention etwas Schaden genommen haben, aber erstaunlich selten, nur gerade in 15% der Fälle. Bei 85% führte die Verzögerung durch den eigenwilligen Patienten zu keinen Nachteilen. Auch die Forderer konnten für sich als Gruppe einen Gewinn erreichen. In der vierten Rubrik – war es der bessere Weg? – hat der Arzt abschlies-send eine Gesamtbeurteilung abgegeben, die speziellen Umstände des Patienten, die Beziehung zum Arzt, Zufriedenheitskriterien des Patienten usw. miteinbeziehend.

Um die Wirklichkeit, welche diese Zahlen repräsentieren, nochmals anschaulicher werden zu lassen, möchte ich kurz die Resultate der eben beschriebenen Beispiele anfügen.

Der Mann mit dem gebrochenen Mittelhandknochen kam wiederum zwei Wochen später zur Kontrolle zu seinem Arzt, und der fand eine funktionell intakte und schmerzfreie Hand. Faustschluss, Strecken der Finger und rohe

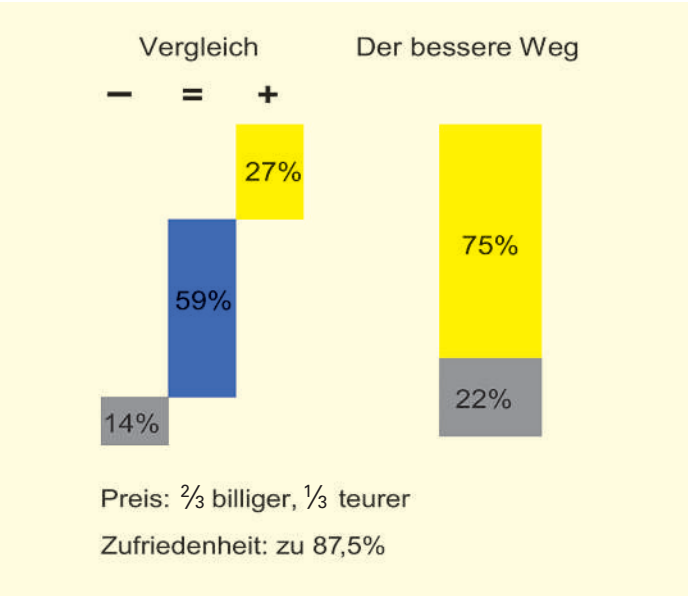

Abbildung 6
Soziusfälle: eine Bilanz.

Kraft waren seitengleich. Bei der Frau mit dem unklaren klinischen Bild und stark erhöhten Entzündungsparametern verbesserte sich der Gesamtzustand rasch nach dem gemeinsamen Entscheid, dass sie zu Hause bleiben kann; schon eine Woche später war das CRP ohne spezielle Behandlung auf 30 gesunken und die Patientin konnte für zwei Stunden an ein Fest gehen, auf das sie sich schon lange Zeit gefreut hatte. Der Mann mit der Verstopfung bekam zwei Wochen später seine Kolonoskopie und die Diagnose «Verstopfung». Diese besserte sich erst nach weiteren drei Wochen, aber dafür definitiv, das heisst, er litt in den folgenden vier Beobachtungsjahren nie mehr an einer Stuhlverhaltung.
Abbildung 6 fasst die Verlaufzahlen des ganzen Kollektivs zusammen und beantwortet zwei weitere Fragen nach den Kosten und der Zufriedenheit. Dem Patienten die Führung zu überlassen, kam das Gesundheitswesen in 66% der Fälle günstiger, in 33% teurer. Gerade weil die Verweigerer mehrheitlich ihrem Entscheid treu blieben und auf diesem Weg ein gutes Resultat erreichten, kam es sehr selten zu nachträglichen Mehrkosten.
Der Zufriedenheit beim Arzt und beim Patient sind wir mit je zwei Fragen nachgegangen. Bei vier Zufriedenheitsfragen wurden im Durchschnitt 3,5 positiv beantwortet.

Diskussion

Als Arzt in der Therapie auf dem Sozius Platz zu nehmen, heisst nicht einfach «Laisser faire». Vielmehr verlangt es, der Entscheidung eines anderen zu vertrauen. Das braucht Mut und eben Vertrauen in den Patienten. Die Resultate der Studie machen Mut, den autonomen Patienten unser Vertrauen zu schenken.
Was führt wohl zu diesen überraschend guten Resultaten, wenn Patienten entgegen der medizinischen Vernunft einen anderen Weg durchsetzen und wir ihnen dabei folgen? Naheliegend scheint mir die Annahme, dass das Zusammenwirken von zwei für die Gesundheit wichtigen Faktoren diese positiven Auswirkungen auf den Krankheitsverlauf ausmachen: der autonome Entscheid und das Zulassen dieser Autonomie durch eine Autorität.
Eine gewagtere Erklärung könnte die medizinische Vernunft in Frage stellen, die den Einzelfall ungenügend abzubilden vermag. Schliesslich darf auch unsere Studie in Zweifel gezogen werden, dass ihre Methodik der Fragestellung nicht angemessen sei. Wobei der Einwand der kleinen Fallzahl die Verallgemeinerbarkeit der Resultate höchstens einschränkt, die Ermessensentscheide beim Einschluss und qualitative und semiquantitative Bewertungen der Resultate bei dieser Fragestellung unumgänglich sind und die Unvoreingenommenheit der Untersucher gegeben war, widerspricht das Resultat doch ihren Überzeugungen. Sicher sind die Resultate beeinflusst von der geringen Zahl an beteiligten Ärzten, zumal eine Mehrzahl der Fälle von mir protokolliert wurde und bekanntlich jeder Arzt seine typische Klientel hat.

Zusammenfassung

Die Antwort auf die Frage «Was passiert, wenn wir dem Patienten eine Chance geben, dass er recht hat und nicht wir?» lautet: Der Arzt auf dem Sozius ist häufiger der bessere Arzt als der am Dirigentenpult, mindestens bei den autonomen Patienten.

Dank

Zu danken habe ich meinen Kollegen des QZ (Basisgruppe: Max Handschin, Hanspeter Lienhart, Michael Nüscheler, Stefan Lehmann, Miklos Teleki und Christoph Merlo als Gast).

Literatur

1 Ryan RM, Deci EL. Self – Determinationstheorie and the Role of Basic Psychological Needs. In: Oliver PJ et al. Handbook of Personality. NewYork: Guilford; 2008:654–78.
2 Eich W. Die partizipative Entscheidungsfindung als neues Forschungsfeld der Arzt-Patient-Interaktion. In: Deter HCH (Hg). Die Arzt-Patient-Beziehung in der modernen Medizin. Döttingen: Vandenhoeck&Ruprecht; 2010:150–8.
3 Büchi S; Straub S; Schwager U. «Shared decision making» und individualisierte Therapiezielsetzung bei stationären Psychiatriepatienten. Praxis. 2010;99(24):1467–77.
4 Elwyn G, Edwards A, Kinnersley P. Shared decision-making in primary care: the neglected second half of the consultation. British Journal of General Practice. 1999;49:477–82.
5 Selman R. Interpersonlae Verhandlungen – eine entwicklungstheoretische Analyse. In: Edelstein W, Habermas J (Hg). Soziale Interaktion und soziales Verstehen. Frankfurt am Main: Suhrkamp; 1984:113–66.