

Stellenwert und Bedeutung einer neu zu gründenden DEGAM – Sektion „Individual- und Beziehungsmedizin“

Relevance and Importance of a Newly to be Established Section “Individual and Relationship Medicine” in the DEGAM

Autoren

G. Rueter¹, S. Joos²

Institute

¹Praxis für Allgemeinmedizin, Benningen²Universitätsklinikum Heidelberg, Abteilung Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung, Heidelberg

Schlüsselwörter

- Individualmedizin
- gemeinsame Entscheidungsfindung
- Narration
- Biosemiotic
- Salutogenese

Key words

- individual medicine
- shared decision making
- narrative based medicine
- biosemiotic
- salutogenesis

Peer reviewed article

eingereicht: 17.02.2008

akzeptiert: 14.07.2008

Bibliografie

DOI 10.1055/s-0028-1082291

Online-Publikation: 2008

Z Allg Med 2008; 84: 340–345

© Georg Thieme Verlag KG

Stuttgart · New York

ISSN 1433-6251

Korrespondenzadresse

Dr. G. Rueter

Praxis für Allgemeinmedizin

Inhaber

Blumenstr.11

71726 Benningen

rueter@telemed.de

Zusammenfassung

▼
Ausgehend von der Definition der Evidenzbasierten Medizin nach Sackett ist jede medizinische Entscheidungsfindung ein Zusammenspiel aus vorliegender externer Evidenz, der klinischen Expertise des Arztes und den individuellen Präferenzen des Patienten. Dieses Zusammenspiel wird auch in der Definition der WONCA (World Organization of Family Doctors) für die allgemeinmedizinische Arbeitsweise aufgegriffen, wobei sie diese Art Wechselwirkung zwischen Hausarzt und Patient im Rahmen der Konsultation als Spezifikum der allgemeinmedizinischen Praxis benennt. Um dieses Spezifikum adäquat abzubilden schlagen die Autoren eine eigene „Sektion Individual- und Beziehungsmedizin“ innerhalb der DEGAM vor. Verschiedene für das Gebiet wesentliche philosophisch-theoretische Ansätze sowie ein Beispiel aus der Praxis werden dargestellt, um diesen Vorschlag zu untermauern. Näher besprochen werden das Konzept der gemeinsamen Entscheidungsfindung, die Bedeutungserteilung/Semiotik, die „narrative based medicine“ und das Salutogenese-Konzept nach Antonovsky. Das Themengebiet und Zielvorstellungen einer „Sektion Individual- und Beziehungsmedizin“ werden formuliert.

Einleitung

▼
Die Medizin gilt als „angewandte Wissenschaft“. Dieser Begriff beschreibt treffend das Dilemma, dass in der Medizin einerseits Erkenntnisse aus dem Bereich der (Natur-)Wissenschaft bezogen werden, andererseits die Anwendung dieser Erkenntnisse in einem individuellen System aus Denk- und Bewertungsstrukturen aufseiten des jeweiligen Arztes und Patienten innerhalb eines gesellschaftlich-kulturellen Kontextes stattfindet. Dieses Dilemma zwischen der anscheinend

Abstract

▼
Based on the definition of evidence-based medicine each medical decision is an interaction between external evidence, clinical expertise and patient preferences. This is also picked up within the WONCA-definition (World Organization of Family Doctors) describing work in general practice. Within this definition the interaction between patient and doctor is labelled ‘specific’ for general practice. To display this specific the authors suggest to establish a new section “individual and relationship medicine” within the DEGAM. Several concepts are presented to underline the importance of the doctor-patient interaction within the therapeutic setting from different perspectives. The following concepts are discussed within the article: evidence-based medicine, shared-decision making, meaning, narrative-based medicine and the salutogenesis-concept of Antonovsky. Possible topics and aims of a section “individual and relationship medicine” are formulated.

sicheren Erkenntnis und der anscheinend unsicheren Anwendung bildet den Hintergrund für vielfältigen Konfliktstoff, z. B. auch in Zusammenhang mit Diskussionen um den Ansatz der Evidenzbasierten Medizin (EbM). Nach der Definition von Sackett ist EbM der gewissenhafte, ausdrückliche und vernünftige Gebrauch der gegenwärtig besten externen, wissenschaftlichen Evidenz für Entscheidungen in der medizinischen Versorgung individueller Patienten. Die Praxis der EbM bedeutet die Integration individueller

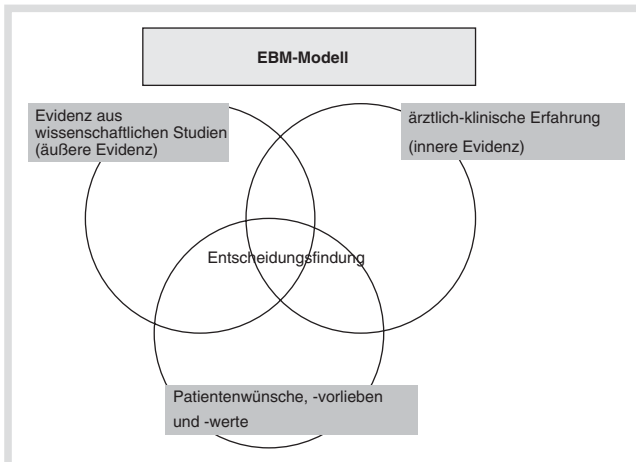


Abb. 1 Modell der EbM (Quelle: Haynes, R.B. et al.).

klinischer Expertise mit der bestverfügbaren externen Evidenz aus systematischer Forschung [1, 2].

Entsprechend dieser Definition gehören für eine gute Medizin externe klinische Evidenz und die individuelle Expertise des behandelnden Arztes zusammen (◉ Abb. 1) [3,4]. Es sind häufig gerade die ärztliche Erfahrung und Betrachtung, die letztlich entscheiden, ob die externe Evidenz auf den einzelnen Patienten und dessen Merkmale, Möglichkeiten und Präferenzen anwendbar ist. Von großer Bedeutung sind hierbei nicht nur die diagnostischen und therapeutischen Fertigkeiten des Arztes, sondern auch seine Fähigkeit, eine tragfähige und vertrauensvolle Arzt-Patient-Beziehung aufzubauen und zu erhalten und so die individuellen Präferenzen und Bedürfnisse des Patienten in das diagnostisch-therapeutische Vorgehen zu integrieren.

Eine gleichzeitige Berücksichtigung von Evidenz, ärztlicher Erfahrung und Patientenwerten heißt aber nicht, dass das Verhältnis dieser drei Entscheidungskomponenten von vornherein starr festgelegt ist. Es kann sich vielmehr je nach Entscheidungskontext eine unterschiedliche Gewichtung ergeben. So sind in der Medizin viele Situationen vorstellbar, in denen die klinische Beurteilung durch den Arzt und die Präferenzen des Patienten nicht unmittelbar übereinstimmen, so zum Beispiel bei der Versorgung chronisch kranker Patienten in der Hausarztpraxis [5]. Auch in der europäischen Definition der WONCA (World Organization of Family Doctors) für eine allgemeinmedizinische bzw. hausärztliche Arbeitsweise findet sich dieses Zusammenspiel aus externer Evidenz, klinischer Expertise und Patientenpräferenzen wieder. Nach der WONCA-Definition ist die allgemeinmedizinische Arbeitsweise durch drei Merkmale fachspezifischer Kompetenz geprägt: Kontext, Wissenschaft und Haltung [6] (◉ Abb. 2). Dabei wird die besondere Wechselwirkung zwischen Hausarzt und Patient im Rahmen der Konsultation als Spezifikum der allgemeinmedizinischen Praxis benannt [6]. Dieses wichtige Spezifikum bildet sich nach Meinung der Autoren in den Strukturen der DEGAM bisher nur ungenügend ab. Es lässt sich resümierend feststellen: Der möglicherweise relevanteste und oft stark belastende Teil der täglichen hausärztlichen Erlebenswirklichkeit, nämlich das individuelle Beziehungsfeld Patient-Hausarzt ist bisher nicht Gegenstand wissenschaftlicher Betrachtung. Das gilt sowohl für den Forschungsgegenstand, den man mit Peter Sloterdijk als „zweieinige Sphäre (Blase)“ beschreiben könnte, als auch für eine bisher dafür nicht etablierte Forschungsmethodik [7]. Aus diesem Grunde rufen

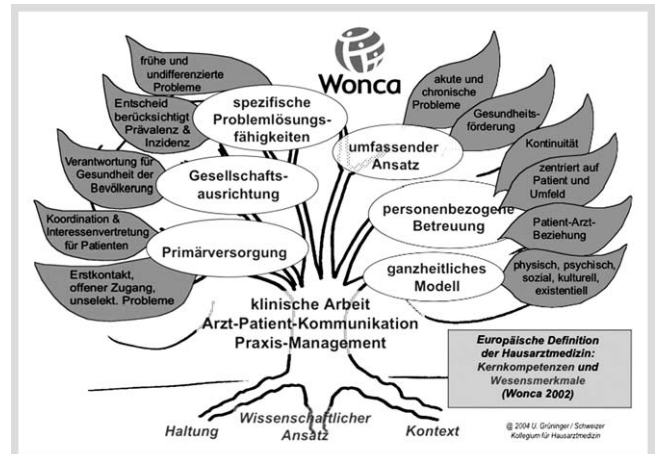


Abb. 2 Der „Wonca-Baum“, die bildliche Darstellung der Definition der Hausarztmedizin nach Wonca Europe (World Organization of Family Doctors). Darstellung entnommen von der Website des KHM (www.kollegium.ch).

die Autoren mit dem vorliegenden Artikel zur Einrichtung einer „Sektion Individual- und Beziehungsmedizin“ auf. Eine solche Sektion könnte sich insbesondere mit den rechtsseitigen Ästen des WONCA-Baumes auseinandersetzen: Umfassender Ansatz, personenbezogene Betreuung, ganzheitliches Modell (◉ Abb. 2). Im Folgenden soll die Forderung nach dieser neuen Sektion durch für das Gebiet wesentliche philosophisch-theoretische Ansätze sowie ein Beispiel aus der Praxis untermauert werden.

Konzept der gemeinsamen Entscheidungsfindung (Shared Decision Making)

▼ „Shared Decision Making (SDM) bezeichnet eine Form der Arzt-Patient-Kommunikation, die zum Ziel hat, den Wunsch des Patienten nach Beteiligung an den Entscheidungen über sein Gesundheitsproblem zu realisieren. Arzt und Patient kommunizieren auf einer partnerschaftlichen Ebene über die objektiven und subjektiven Aspekte einer anstehenden Entscheidung“ [8]. Eine Übertragung des SDM-Konzeptes in die hausärztliche Praxis insbesondere im Umgang mit chronisch kranken Patienten mag teilweise möglich sein, erfordert jedoch weiterführende Kompetenzen aufseiten des Arztes sowie eine Modifikation der Rahmenbedingungen [9–12]. In der hausärztlichen Sprechstunde stehen Behandler und Patient vor der Herausforderung, eine „gemeinsame Wirklichkeit“ zu erzeugen, um auf dieser Basis die für den Patienten bedeutenden Ziele zu erkennen. Um die Kluft zwischen Werten und Vorstellungen auf Patienten- und Arztseite zu überbrücken, genügt eine Verständigung allein auf kognitiver Ebene meist nicht, da Patientenäußerungen mehrdeutig sein können. Beim SDM-Konzept wird vorwiegend von einer verbalen Kommunikation zwischen Patient und Arzt ausgegangen und davon, dass entscheidungsrelevante Wünsche und Ziele oder Abneigungen bei den Gesprächspartnern gefühlt und gedacht werden können, dem Bewusstsein verfügbar sind und als Entscheidungsgrundlagen kommuniziert werden können. Gerade das ist aber oft nicht der Fall, insbesondere, wenn Entscheidungen zu treffen sind, welche mit starken Affekten wie Angst, Verzweiflung, Wut oder Scham verknüpft sind. Explizit ausgesprochene Meinungen können dann durchaus auch im Widerspruch zu latenten Ge-

fühlen stehen. Zur zielführenden Erkennung und Einbeziehung solcher Vorgänge bedarf es nach Meinung der Autoren weiterreichender Haltungen und Techniken. Mögliche Ansätze hierfür bieten die im Folgenden dargestellten Konzepte.

Konzept der Bedeutungserteilung/Semiotik

▼
Aus der Semiotik (Lehre von den Zeichen, Zeichenprozessen und Zeichensystemen) wurde hierzu ein relevanter Ansatz entwickelt [13,14]. Demnach ist das Leben von Situationen durchzogen, die durch in Vergangenheit und Zukunft reichende weit verzweigte Beziehungen und Bedeutungen im Sinne einer komplexen Wirklichkeit bestimmt sind. In lebenden Systemen gibt es keine einfachen Ursache-Wirkungsbeziehungen, sondern Ursache und Wirkung werden durch eine Instanz der Bedeutungserteilung trianguliert und dadurch unendlich modifiziert. Die Situationen des Lebens sind somit gekennzeichnet durch eine patientenbezogene Bedeutung, die sich nicht unmittelbar in einzelne messbare Faktoren auflösen lässt. Der messbare Anteil einer z.B. beim Patienten vorgefundenen Situation, wie ihn die medizinische Wissenschaft liefert, ist gemäß dieser Theorie nur ein Ausschnitt des Gesamtgeschehens. Somit besteht auch jede therapeutische Maßnahme einerseits aus einer physikalisch-chemischen Komponente und andererseits aus einer Bedeutungskomponente, die vom individuellen Patienten erteilt wird. Jede therapeutische Maßnahme wirkt also gewissermaßen zur Hälfte durch ihre heilende (bzw. schädigende) Bedeutungserteilung. Dabei spielen die Erwartungen an die Versorgung und die Umgebung, in der sie stattfindet (das „Setting“) eine besondere Rolle [13].

Die Bedeutungserteilung in Bezug auf eine (chronische) Krankheit ist wichtig für die Bewältigung. Ein Beispiel, das viele von sich selbst kennen: Nach einem „sportlich“ ausgefüllten Tag, an dem man z.B. eine lange Wanderung gemacht hat, haben Rückenschmerzen eine andere Bedeutung (in diesem Falle kann man Schmerzen sogar manchmal etwas Positives abgewinnen!) als an einem Tag, an dem man viel am Schreibtisch gearbeitet und sich wenig bewegt hat. In diesem Falle misst man den Rückenschmerzen eine vollständig andere Bedeutung bei. Auch das komplexe Phänomen der Wirkung wirkstofffreier Medikamente (Placebos) gehört hierher [15]. Diese im Beispiel erwähnte individuelle Bedeutungserteilung kann auch auf Gesellschaften übertragen werden. So bringen in der westlichen Welt chronische Krankheiten für Patienten häufig eine Verletzung des Selbstwertgefühls und einen Verlust der Selbstkontrolle mit sich. Viele Patienten befürchten der Erkrankung ohnmächtig ausgeliefert zu sein und haben das Gefühl, die Dinge des Lebens nicht mehr beeinflussen zu können. Chronische Krankheit kann auf diesem Wege die soziale Stellung, Beziehungen sowie die körperliche Integrität und Attraktivität gefährden. Furcht vor Desintegration ist eine der häufigsten Ängste, die mit Krebserkrankungen verknüpft sind [16].

Konzept der Salutogenese nach Antonovsky

▼
Die Bedeutungserteilung spielt auch in Antonovskys Modell der Salutogenese eine wesentliche Rolle. Antonovsky stellt in seinem Modell der pathogenetischen Orientierung in der Medizin eine salutogenetische Orientierung gegenüber [17,18].

Dahinter verbirgt sich die Frage, welche Eigenschaften und Ressourcen einem Menschen helfen, gesund zu bleiben. Nach dem salutogenetischen Ansatz sind Gesundheit und Krankheit keine starren Zustände sondern gleichzeitig vorhandene Teile eines Kontinuums. Gesundheit und Krankheit sind für Antonovsky sowohl von Subjektivität geprägte Erlebnisse als auch von objektiven Faktoren bedingte Zustände, deren Ausprägung Einfluss auf dieses Gesundheits-Krankheits-Kontinuum haben.

Den zentralen Aspekt des salutogenetischen Modells bildet das Kohärenzgefühl („sense of coherence“). Unter Kohärenzgefühl versteht Antonovsky die individuelle Grundhaltung eines Individuums gegenüber der Welt und dem eigenen Leben [17,18]. Von dieser Grundausrüstung hängt maßgeblich ab, wie gut Menschen in der Lage sind, ihre vorhandenen Ressourcen zum Erhalt ihrer Gesundheit und ihres Wohlbefindens zu nutzen. Je ausgeprägter das Kohärenzgefühl einer Person ist, desto gesünder ist sie bzw. desto schneller wird sie gesund und bleibt es [19].

Das Kohärenzgefühl setzt sich für Antonovsky aus 3 Faktoren zusammen:

- ▶ der inneren Gewissheit, die Welt sei prinzipiell verstehbar („Verstehbarkeit“),
- ▶ man verfüge über Kräfte, sie zu bewältigen und zu handhaben („Bewältigbarkeit“), sowie
- ▶ der Sicherheit, nicht bedeutungslos für den Lauf der Dinge zu sein („Bedeutsamkeit/Sinnhaftigkeit“).

Eine hausärztliche Aufgabe kann nun darin liegen, den (chronisch kranken) Patienten im Prozess des Verstehens, Bewältigens und der „Sinnfindung“ zu unterstützen, anzuleiten und zu begleiten [20,21]. Optimalerweise lassen sich im hausärztlich therapeutischen Gespräch mit dem Patienten seine persönlichen Ressourcen erarbeiten und die Ziele, die er erreichen will und kann, definieren. Ein Arzt muss demnach das Kohärenzgefühl eines Patienten einschätzen können, um erreichbare Ziele auf die individuellen Ressourcen des Patienten abzustimmen. Hierzu muss sich ein Arzt in die Geschichte seines Patienten hineinbegeben, was Offenheit und Zeit auf Seiten des Arztes erfordert. Weitere dienliche Strategien zu identifizieren bzw. zu entwickeln, wäre eine mögliche Aufgabe für eine Sektion Individual- und Beziehungsmedizin.

Konzept der „Narrative Based Medicine“

▼
Das Hineinbegeben in die Geschichte eines Patienten wird durch das Konzept der Narrative Based Medicine (NbM) aufgegriffen, welches sich primär auf Ansätze der Hermeneutik und Phänomenologie beruft [22–25]. In der NbM wird ärztliches Handeln als ein deutender Vorgang betrachtet, als die Fähigkeit, die mitgeteilten „Geschichten“ des Patienten mit objektivierbaren medizinischen Befunden (z.B. Testergebnissen) zu verbinden. In diesem Kontext wird unter ‚klinischer Expertise‘ das Bemühen und empathische Sicheinlassen des Arztes verstanden, die Geschichten und die Krankheitskonzepte von Patienten oder auch Erfahrungsberichte von Kollegen zu verstehen und zu deuten. Aus Sicht der NbM entstehen vor allem dann Probleme, wenn sich klinisches Handeln ausschließlich auf externe wissenschaftliche Evidenz stützt und das Narrative, welches Aufschluss über das In-der-Welt-sein des Patienten liefert, zu wenig Berücksichtigung findet. Damit wird deutlich, dass sich die NbM nicht als Gegensatz zur EbM, sondern als deren notwendige Ergänzung sieht, sodass die subjektiven Anteile von Arzt und Patient in Diagnose und Therapie Eingang finden können [25]. Dies ist auch

der zentrale Anknüpfungspunkt der NbM an die EbM. In beiden Ansätzen stellt die individuelle ärztliche Erfahrung eine entscheidende Komponente im klinischen Entscheidungsprozess dar.

Der Begriff NbM betont außerdem die Bedeutung von sprachlichen Bildern und Metaphern in der Arzt-Patienten-Interaktion [26,27]. Individuelle Bilder bzw. Metaphern, die im Gespräch zwischen Arzt und Patient vorkommen, können so zu einem besseren Verständnis der Krankengeschichte und des Behandlungsverlaufes beitragen. Außerdem können Metaphern auch ein sprachliches Mittel sein, um Dinge zu thematisieren, die in einer konkreten Sprache schwierig zu vermitteln sind wie z. B. Tod und Trauer.

Diskussion



Die dargelegten philosophisch-theoretischen Ansätze beleuchten aus unterschiedlichen Perspektiven die Bedeutung der Arzt-Patienten-Interaktion im therapeutischen Setting. Eine Sektion „Individual- und Beziehungsmedizin“ könnte die Aufgabe haben, diese Ansätze – mehr als bisher gelungen – in die Allgemeinmedizin zu übertragen. Ein solcher Transfer brächte Aufgaben mit sich, die sowohl den Bereich Forschung als auch die Bereiche Versorgung und Lehre tangieren. Eine enge Anbindung an die schon bestehenden Sektionen der DEGAM wäre dabei wünschenswert.

Durch die Arbeit in der vorgeschlagenen Sektion könnte es gelingen, Kriterien zu identifizieren, welche die Qualität der Arzt-Patienten-Interaktion bzw. der tatsächlichen Verständigung beschreiben. So beschreiben F. Margison et al. Methoden, mittels derer der Erfolg psychotherapeutischer Arbeit skaliert und gemessen werden kann, wobei sich regelhaft die Qualität des anfänglichen therapeutischen Bündnisses als bester Prädiktor für eine erfolgreiche Behandlung erweist [28]. Sicherlich kann dies nur als Anleihe dienen, da Hausärzte meistens keine Psychotherapeuten sind und die Probleme der Somatisierung der Patienten, die unterschiedlichen Weltansichten, Kenntnisse und andererseits die kommunikativen Fähigkeiten der Behandler in der hausärztlichen Praxis heterogener als im rein psychotherapeutischen Setting sein dürften.

Bircher und Wehkamp beschreiben in ihrem Buch „Das ungenutzte Potenzial der Medizin“ diese Situation und sich daraus ergebende Konsequenzen treffend [29,30]: *„Spezifisch für diese (personenzentrierte) Medizin sind die emergenten Qualitäten der Arzt-Patienten-Beziehung und das gegenseitige persönliche Vertrauen...Manchmal können gerade bei kleinen Dienstleistungen unvermittelt sehr wichtige Anliegen zur Sprache kommen, weil der Patient einen Anlass braucht, um schwierige und emotional belastende Sachverhalte vorzutragen. Die innere Offenheit der medizinischen Fachpersonen, speziell der Ärzte, ist deshalb auch in „kleinen Konsultationen“ immer geboten...Wird die personenbezogene Medizin ernst genommen, setzt sie ein bedeutendes wissenschaftlich begründetes Wissen sowie die sorgfältige Wahrnehmung der Person des Patienten voraus. ... Die professionellen Ansprüche sind außerordentlich hoch und erfordern vom Arzt ein stetes Verbessern der eigenen Fähigkeiten und Fertigkeiten. Eine Gesellschaft, die Ärzte mit solchen Qualitäten möchte, muss ihnen die Möglichkeit einräumen, eine Kultur der professionellen Exzellenz zu entwickeln und zu pflegen“.*

Forschungsergebnisse aus dem Bereich der Salutogenese zeigen, dass es der Sensibilisierung sowohl aufseiten der Ärzte als auch

der Patienten bedarf, um das Potenzial einer salutogenetischen Orientierung in der Medizin auszuschöpfen [31,32]. Auf Basis dieser Forschungsergebnisse wird dort die Einführung eines neuen Gesprächstypus bei der Betreuung chronisch kranker Patienten im hausärztlichen Setting als möglicher Lösungsansatz vorgeschlagen [31,32]. Dieser „Bilanzierungsdialog“ genannte Gesprächstypus könnte dem Arzt helfen, die persönlichen Ressourcen des Patienten zu erkennen und würde die Vereinbarung gemeinsamer Ziele sowie deren fortlaufende Reflexion und eine Evaluation des Behandlungsverlaufes erlauben. So ein Vorgehen wäre zum Beispiel auch im Rahmen von DMPs denk- und honorierbar.

Nicht nur für eine qualitativ hochwertige Versorgung, sondern auch angesichts der zunehmenden Verknappung professioneller Ressourcen werden die Gesundheitssysteme weltweit gezwungen sein, salutogene Ressourcen der Patienten durch Einführung salutogener Leistungen verstärkt zu mobilisieren [33]. Hierfür ist eine tiefer gehende Beschäftigung mit diesem insbesondere für die Allgemeinmedizin so wichtigen Bereich dringend notwendig [34].

Eine Grundvoraussetzung für die Umsetzung aller hier dargelegten Konzepte ist ausreichend Zeit mit und für den Patienten im hausärztlichen Setting inklusive einer adäquaten Honorierung dieser „Zeit“. Wird der diagnostisch-therapeutische Faktor „Zeit“ im hausärztlichen Setting weiterhin marginalisiert, werden Patienten in noch stärkerem Maße Auswege suchen. Eine zunehmende Inanspruchnahme beispielsweise von Heilpraktikern könnte hierin eine Ursache finden [35]. Neben der stärkeren finanziellen Förderung der sprechenden Medizin sollte sowohl die Aus- Weiter- und Fortbildung als auch die Forschung in diesem Bereich intensiviert werden. Eine verstärkte Kooperation aller Fachgebiete ist hierzu nötig, wozu auch der kürzlich publizierte Artikel von Bühren et al. im Dt. Ärzteblatt aufruft [36]. Vor diesem Hintergrund sind die Autoren der Ansicht, dass eine eigene Sektion „Individual- und Beziehungsmedizin“ innerhalb der DEGAM gebraucht wird. Die geforderte Sektion soll sich dabei in das Konzept der EbM einfügen und eng mit den anderen Sektionen zusammenarbeiten.

Folgende Aufgaben könnten Themen für eine „Sektion Individual- und Beziehungsmedizin“ sein:

- ▶ das komplexe Gebiet für die hausärztliche Tätigkeit wissenschaftlich zu umreißen und zu definieren
- ▶ konkrete Forschungsprojekte mit Fragestellungen aus dem Gebiet zu formulieren und durchzuführen
- ▶ die tägliche Erlebenswelt vieler Kolleginnen und Kollegen in der Patientenversorgung aufgreifen und widerspiegeln und so deren Anbindung an die DEGAM fördern
- ▶ die anspruchsvolle Kompetenz, die für diese Art der Tätigkeit notwendig ist, innerhausärztlich sowie in Kooperation mit anderen Fachgruppen zu untermauern
- ▶ Aus-, Fort- und Weiterbildungsaktivitäten auf diesem Gebiet verstärken, wodurch die psychosomatische Grundversorgung und die fachbezogene Psychotherapie stärker in der Versorgung und in der DEGAM verortet werden könnten.
- ▶ die Kompetenz der Hausärzte auf diesem Gebiet den politisch Verantwortlichen zu dokumentieren und damit auch die Grundlage für eine bessere Honorierung zu schaffen.

Epilog



Eine **Fallgeschichte** scheinbarer Trivialität:

Eingeholt von dreißig Jahren Vergangenheit

Am ersten Weihnachtsfeiertag hatte ich Notdienst. Gegen 15.00 Uhr rief ein – der Stimme nach mittelalterlicher – Mann, an. Er berichtete, seine Lebensgefährtin leide seit Mittag unter Schwindel, etwas Durchfall und Erbrechen. Sie könne nicht gebracht werden, da sie sich nur zwischen Bett und Toilette bewegen könne. Als ich meinen Besuch im Laufe des Nachmittags zusagte, eskalierte das Telefonat. Der Mann wandte ein, seiner Partnerin gehe es wirklich schlecht. Meine Entgegnung, weder Erbrechen noch Durchfall könne ich unmittelbar stoppen, übergang er mit dem Hinweis, wenn ich nicht sofort käme, rief er den Notarzt. Ich sagte also den Sofortbesuch zu, war aber entsprechend wütend, da ich mich unnötig unter Druck gesetzt fühlte.

Das neu erbaute Haus der Patientin lag in einer gepflegten Wohngegend und der offensichtliche Anrufer erwartete mich auf dem Balkon. Die Begrüßung fiel – meiner Wut entsprechend – kühl aus. Als ich das Schlafzimmer der Patientin betrat, sah ich eine sehr gepflegte Dame im Bett liegen. Mein Zorn war, wie so oft, wenn der direkte Kontakt zum Patienten einmal hergestellt ist, weitgehend verflogen. Ihr Puls war regelmäßig, 88/min. Beim Versuch, den Blutdruck zu messen (140/80) würgte die Patientin und spuckte etwas Schleim in eine Schale. Sie hyperventilierte, sie selbst sprach nichts, auf meine Fragen antwortete der Lebenspartner. Als sie sich wieder zurücklegte, konnte ich den Bauch (weich und unauffällig, keine Druckschmerzangabe) untersuchen. Die Patientin hyperventilierte weiter und war auch durch beruhigende Worte nicht von ihrer offensichtlichen Spannung zu befreien. Ich spürte einen gewissen Handlungsdruck, auch eingedenk des Telefonates, und führte eine i.m. Injektion mit 100 mg Dimenhydrinat durch.

Danach verließ ich das Schlafzimmer, um mit dem Lebenspartner Regularien wie Versicherungskarte und Notfallgebühr zu besprechen. Ich fragte angesichts der Hyperventilation nach etwaigen Belastungsmomenten. An Hand der aufgenommenen Personalien sah ich, dass die Patientin schon 71 Jahre alt war, sie wirkte aber deutlich jünger. Ich erfuhr, dass für den Abend des Weihnachtstages ein Besuch beim Sohn der Patientin geplant gewesen war „da fahren wir jetzt natürlich nicht hin“, anlässlich dessen die Patientin erstmals die neue Freundin des Sohnes kennen lernen sollte.

Ich ging zurück ins Schlafzimmer und tastete zur Sicherheit noch einmal den Bauch der Patientin ab. Da sie noch immer hyperventilierte und weiterhin nichts sprach, fragte ich, was ihr die Sprache geraubt habe – keine Antwort. Ich entschloss mich, da sich sonst kein Zugang zur Patientin zu eröffnen schien, die erkennbare innere Spannung medikamentös anzugehen und spritzte 10 mg Diazepam i.m. Kurze Zeit später, während ich noch an der Bettkante saß, äußerte die Patientin die ersten Worte: „Sie sind so lieb“. Einige Minuten später sagte sie, „jetzt wird es besser“ und „Sie haben so ein schönes Gesicht“. Ich sagte „Sie auch“, worauf sie ihre Worte vom schönen Gesicht wiederholte. Die Äußerungen der Patientin waren ebenso überraschend wie verwirrend und nicht sinnvoll einzuordnen.

Die Konsultation endete damit, dass der anrufende Lebenspartner der Patientin mir eine Flasche Wein schenkte und sich für sein forderndes und ungehaltenes Auftreten entschuldigte.

Die Konsultation beschäftigte mich sehr und da mir vieles unerklärlich war und ich nicht recht darüber hinweg kam, bat ich eine meiner Helferinnen ca. 2 Wochen später, die Patientin anzurufen mit der Frage, ob sie zu einem weiteren Gespräch in die Praxis kommen wolle. Die Patientin war sowohl überrascht und

auch angetan und kam dann ca. 3 Wochen nach dem ersten Kontakt am Ende meiner Sprechstunde in die Praxis.

Auch jetzt wieder war sie auffallend gepflegt und sehr geschmackvoll gekleidet. Als Erstes berichtete sie, sie müsse mich jetzt kennen lernen, denn sie habe gar keine Erinnerung mehr an mich, sie müsse ja wohl bewusstlos gewesen sein. Sie bedankte sich für „zwei Tage erholsamen Schlafes“ nach den Spritzen. Sie wirkte wieder sehr angespannt und drückte ihre Besorgnis aus, etwas schwerwiegend Körperliches zu haben. Der Hausarzt habe sie zum Doppler der Karotiden geschickt. Bisher sei ihr Alter nie ein Problem gewesen, sie habe immer 10 Jahre jünger ausgesehen. So sei das Zusammenleben mit dem 17 Jahre jüngeren Lebenspartner ebenso wenig problematisch gewesen. Der gehe ja noch arbeiten, daher sei sie viel alleine.

Wir kommen noch einmal zurück auf den Hausbesuch und die Situation, welche die Besuchsanforderung auslöste. Auffallend war jetzt, dass die Patientin stark schwerhörig war, sodass sie wohl viele meiner Fragen gar nicht verstanden hatte. Sie wolle aber nicht „so Dinger im Ohr“ haben.

Dann berichtete, sie dass sie mit 26 Jahren einen deutlich älteren Mann geheiratet habe. Aus der Ehe ging der schon erwähnte Sohn hervor und sie beschreibt die Ehe als „goldenen Käfig“. Nach 10 Jahren habe sie die Trennung herbeigeführt. Ihr jetziger Lebenspartner habe ihr geholfen, die vielen „Steine zu überwinden, welche der frühere Ehemann ihr in den Weg geworfen habe“. Bei dem Altersunterschied muss das damals ein knapp Zwanzigjähriger gewesen sein, sie war Mitte dreißig! Es wird deutlich, dass der Besuch bei dem Sohn am Weihnachtstag das erste Mal gewesen wäre, dass sie nach mehr als dreißig Jahren das damals gemeinsame Haus wieder betreten hätte. Sie berichtet, dass sie sich ganz normal habe die Nägel lackieren wollen, als ihr der Gedanke kam, „wenn mein früherer Mann das wüsste, er würde sich im Grabe herumdrehen“. Sie sagte „ich glaube an solche Sachen, dass er mich aus dem Jenseits beeinflussen kann und mir ein paar in den Nacken geben“.

Ich versuche, eine deutende Intervention zu liefern und vermute, dass diese ganze geschilderte Konstellation wohl der Auslöser für ihr schlechtes Befinden am Weihnachtstag war, und wahrscheinlich weniger eine körperliche Ursache dahinter steckt. Jetzt erlebe ich zum zweiten Mal eine deutliche Entspannung und ein inneres Loslassen bei der Patientin, dieses Mal ohne jede Medikation.

[die Patientin stimmte der vorliegenden Veröffentlichung zu]

Bei einer späteren Bearbeitung der Begegnung in der Balintgruppe kommen wir zu der Erkenntnis, dass vieles wohl erklärt ist, aber die Gesamtbedeutung des Ereignisses, z.B. für die Beziehung zum Sohn und für die aktuelle Partnerschaft noch offen bleibt. Der als körperlich angemahnte Notfall war wohl weitgehend eine Bagatelle, aber es handelte sich doch augenscheinlich um einen eklatanten psychischen Notfall. Immer muss dabei hypothetisch bleiben, was sich ereignet hätte, wären die Begegnung und die Dialoge anders verlaufen.

Interessenskonflikte: keine angegeben.

Literatur

- 1 Sackett DL, Richardson WS, Rosenberg W, et al. (Deutsche Ausgabe: von R. Kunz und L. Fritsche) Evidenzbasierte Medizin. EBM-Umsetzung und Vermittlung. W. Zuckschwerdt-Verlag, Germering 1999
- 2 Sackett DL, Rosenberg WM, Gray JA, et al. Evidence based medicine: what it is and what it isn't. BMJ 1996; 312: 71–72
- 3 Haynes RB, Devereaux PJ, Guyatt GH. Physicians' and patients' choices in evidence based practice. BMJ 2002; 324 (7350): 1350

- 4 Haynes B, Haines A. Barriers and bridges to evidence based clinical practice. *BMJ* 1999; 319 (7223): 1497
- 5 Wagner EH, Bennett SM, Austin BT, et al. J Altern Complement Med. 2005; 11 (Suppl. 1): 7–15 Finding common ground: patient-centeredness and evidence-based chronic illness care
- 6 <http://www.woncaeurope.org/Definition%20GP-FM.htm> (letzter Zugriff am 26.4.08)
- 7 Sloterdijk P, Sphären I. *Blasen* 1998 Suhrkamp Frankfurt/Main
- 8 <http://www.forum-gesundheitspolitik.de/dossier/PDF/shared-decision-making.pdf> (letzter Zugriff am 26.4.08)
- 9 Charles C, Gafni A, Whelan T. Shared decision-making in the medical encounter: what does it mean? (or it takes at least two to tango). *Soc Sci Med* 1997; 44 (5): 681–692
- 10 Murray E, Charles C, Gafni A. Shared decision-making in primary care: tailoring the Charles et al. model to fit the context of general practice. *Patient Educ Couns* 2006; 62 (2): 205–211
- 11 Montori VM, Gafni A, Charles C. A shared treatment decision-making approach between patients with chronic conditions and their clinicians: the case of diabetes. *Health Expect* 2006; 9 (1): 25–36
- 12 Mounjid N, Gafni A, Brémond A, et al. Shared decision making in the medical encounter: are we all talking about the same thing? *Med Decis Making* 2007; 27 (5): 539–546
- 13 Thure von Uexküll Rolf H, Adler Jörg M. *Herrmann Psychosomatische Medizin: Modelle ärztlichen Denkens und Handelns*; Urban & Fischer Verlag; 6. Auflage 2002
- 14 http://ling.kgw.tu-berlin.de/semiotik/deutsch/ZFS/Zfs84_1.htm „Semiotik und Medizin“ (letzter Zugriff am 26.4.08)
- 15 Schönbachler G. Der Placebo-Effekt in biosemiotischer Sicht. *Forsch Komplementärmed* 1998; 5 (Suppl.1): 18–22
- 16 Kappauf H. Relationship-centered Acute Hospital Care – View of a Medical Oncologist. *Balint* 2001; 2: 95–100
- 17 Aaron Antonovsky. *Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit*. Dgvt-Verlag, Tübingen 1997
- 18 Wydler H, Kolip P, Abel T. *Salutogenese und Kohärenzgefühl*. Juventa-Verlag, Weinheim 2006
- 19 Eriksson M, Lindström B. Antonovsky's sense of coherence scale and the relation with health: a systematic review. *J Epidemiol Community Health* 2006
- 20 Glazinski R. Social-medical significance of the concept of salutogenesis in neurology and psychiatry] *Gesundheitswesen*. 2007; 69 (3): 134–136
- 21 Moons P, Norekvål TM. Is sense of coherence a pathway for improving the quality of life of patients who grow up with chronic diseases? A hypothesis. *Eur J Cardiovasc Nurs* 2006; 5 (1): 16–20
- 22 Jones AH. Narrative based medicine: narrative in medical ethics. *BMJ* 1999; 318 (7178): 253–256
- 23 Elwyn G, Gwyn R. Narrative based medicine: stories we hear and stories we tell: analysing talk in clinical practice. *BMJ* 1999; 318 (7177): 186–188
- 24 Launer J. Narrative based medicine: a narrative approach to mental health in general practice. *BMJ* 1999; 318 (7176): 117–119
- 25 Greenhalgh T, Hurwitz B. Narrative based medicine: why study narrative? *BMJ* 1999; 318 (7175): 48–50
- 26 Dahinden A. *Narrative-based Medicine – zwei Dutzend Edelsteine Primary Care* 2008; 8 Nr. 3
- 27 Kamps H. Der Patient als Text – Metaphern in der Medizin. *Z Allg Med* 2004; 80: 438–442
- 28 Margison F, MacGrath G, Evans C. Measurement and Psychotherapy – Evidence-based practice and practice-based evidence. *Brit J Psychiatry* 2000; 177: 123–130
- 29 Bircher J, Wehkamp KH. *Das ungenutzte Potential der Medizin. Analyse von Gesundheit und Krankheit zu Beginn des 21. Jahrhunderts*. Rüffer und Rub-Verlag, Zürich 2006; 78–108
- 30 Bircher J. Towards a dynamic definition of health and disease. *Med Health Care Philos* 2005; 8 (3): 335–341
- 31 Bahrs O, Heim S, Kalitzkus V, et al. *Salutogenetic Orientation in General Practice: Quality Circles as Training- and Research Tool* *Balint* 2007; 8: 9–15
- 32 Bahrs O, Matthiessen PF. *Gesundheitsfördernde Praxen*. Verlag Hans Huber, Bern 2007
- 33 Lindström B, Eriksson M. Salutogenesis. *J Epidemiol Community Health* 2005; 59 (6): 440–442
- 34 Hesse E, Sturm E, Dieckhoff D, et al. *Hausärztliche Grundversorgung: Wissenschaftlich begründete. Kompetenz Dtsch Arztebl* 2001; 98 (7): A-378/B-303/C-286
- 35 Joos S, Musselmann B, Miksch A, et al. GPs attitudes on the role of complementary and alternative medicine (CAM) relating to the healthcare system, quality of care, medical education and research in Germany – a focus group study. *BMC Health Serv Res* 2008; 8: 127
- 36 Bühnen A, Voderholzer U, Schulte-Markwort M, et al. *Psychische Erkrankungen: Alle Fachgebiete sind gefordert. Dtsch Arztebl* 2008; 105 (17): A-880

Zur Person



Dr. med. Gernot Rüter,

Medizinstudium 1968–1974 in Freiburg. Promotion 1974.

Weiterbildung zum Allgemeinarzt 1976–1980. Seit 1980 Niederlassung in Benningen/Neckar. Seit 1993 Moderator eines hausärztlichen Qualitätszirkels. Forschungsarbeiten im QZ und mit dem

Deutschen Krebsforschungszentrum und dem Lehrstuhl für Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung Heidelberg. Schwerpunkte: Tumorpatienten in der Hausarztpraxis, Diabetikerversorgung, Kooperation zwischen den Versorgungsebenen, Fortbildung von Spezialisten durch Hausärzte. Mitglied der Uexküllakademie für integrierte Medizin. Mehr als 25 Jahre Balintgruppenerfahrung. Verheiratet mit einer Psychotherapeutin (Dipl. Psychologin), zwei Kinder.