

Perspektiven des Arztseins und Arztwerdens

Ein Plädoyer für das Recht von Arzt und Patient auf eine Beziehungsorientierung in der Medizin

von Dr. Iris Veit

Die Beziehung zwischen Arzt und Patient beeinflusst Diagnostik und Therapie. Wenn diese These zutrifft, benötigen alle Ärzte eine Kompetenz in der Beziehungsgestaltung zu ihren Patienten. Dies gilt besonders für den Hausarzt, der Ansprechpartner für langfristig angelegte Beziehungen und Beziehungssysteme des Patienten ist. Seit Jahrzehnten ist in Wissenschaften wie z. B. der Physik verankert, dass Erkenntnisse Ergebnisse eines Prozesses gegenseitiger Beeinflussung von untersuchtem Gegenstand und Untersucher sind. In der Medizin hingegen wird diese Wechselbeziehung noch nicht überall berücksichtigt.

In der Ausbildung der Medizinstudenten haben Kommunikationstraining und Beachtung der eigenen Emotionalität zumindest in den Modellstudiengängen Eingang gefunden. In der Weiterbildung zum Facharzt hat sich dieser Ansatz als „Psychosomatische Grundversorgung“ etabliert. Dies ist nicht ausreichend, aber ein Beginn.

Bisher nicht sichtbar ist diese Orientierung auf die Arzt-Patient-Beziehung in den Versorgungsstrukturen. Das Gegenteil ist der Fall, was einige Beispiele verdeutlichen sollen:

■ „Schichtdienste“ der Ärzte, die auch in der ambulanten Versorgung durch Medizinischen Versorgungszentren und ähnliche Versorgungsstrukturen üblicher werden, überlassen eine persönliche Arztwahl des Patienten oft dem Zufall. Es behandelt derjenige, der gerade da ist.

» Beziehungsorientierung lohnt sich sowohl für den einzelnen Arzt und Patienten wie für die Gesellschaft insgesamt. Sie ist besser und billiger. «

■ Die Honorierung im ambulanten Sektor berücksichtigt nicht die Bedeutung der Arzt-Patient-Beziehung. Ein fallbezogenes Regelleistungsvolumen als Maßstab der Honorierung ambulanter Leistungen orientiert die Ärzte auf schnelles Abarbeiten möglichst vieler Patienten. Die Bezahlung tatsächlicher Arbeitszeit, die der Arzt auf Zuhören und Betreuung verwendet, wird dagegen vernachlässigt.

■ Andere Berufsgruppen wie Psychologen, Sozialpädagogen und die nicht ärztlichen Praxisassistentinnen sollen sich um die emotionalen Anliegen des Patienten kümmern. Die Beziehungsaspekte werden aus dem Arzt-Patient-Kontakt herausgenommen und an psychoedukative Gruppen und die zusätzlich qualifizierten Praxisassistentinnen delegiert. (Wohlgemerkt, nicht diese neuen Strukturen sind negativ, sie werden nur eine negative Wirkung haben, wenn sie Ersatz und nicht Ergänzung zur Arzt-Patient-Beziehung sind.)

Gute Versorgung braucht Raum für Arzt-Patient-Beziehung

Wer gute Versorgung will, muss der Beziehung zwischen dem Arzt und seinem Patienten Raum geben. Eine bessere Arzt-Patient-Beziehung geht mit einer höheren Qualität der Versorgung einher. Diese höhere Versorgungsqualität entsteht, weil die Beachtung der Arzt-Patient-Beziehung Verstrickungen erspart, die unnötige Zeit kosten und belastend für den Arzt wie auch für seinen Patienten sind. Solche Verstrickungen können dem Arzt Lebensfreude und Spaß an seinem Beruf rauben und dem Patienten manchmal sogar die Gesundheit. Ein landläufiges Vorurteil



Arzt und Patient im Gespräch: Die gegenseitigen Beeinflussungen aus dieser Beziehung werden noch nicht überall hinreichend berücksichtigt. Foto: istockphoto.com/10976811



Dr. Iris Veit ist als Fachärztin für Allgemeinmedizin (Zusatzbezeichnung Psychotherapie) in Herne niedergelassen und weiterbildungsbefugt für Psychosomatische Grundversorgung und Balintgruppen. Ihr in diesem

Jahr erschienenen Buch „Praxis der psychosomatischen Grundversorgung“ entstand in Begleitung der curriculären Weiterbildungen Psychosomatische Grundversorgung, die Dr. Veit u. a. während der Borkum-Woche leitet.



ist, dass Beziehungsorientierung in der Medizin bedeute, immer viel Zeit zu haben und freundlich zu sein. In Abgrenzung dazu erfordert Beziehungsorientierung, in der Arzt-Patient-Beziehung ein Muster wahrzunehmen, das der Patient immer wieder organisiert. Dieses Muster kann durch Selbstbeobachtung wahrgenommen werden. Dabei geht es vor allem um die eigene Emotionalität. Dazu einige Beispiele:

■ Ängstliche Patienten bewegen den Arzt dazu, mehr Diagnostik zu veranlassen als eigentlich erforderlich wäre. Diese Diagnostik dient nicht selten der Beruhigung des Patienten und weniger der Beschaffung fehlender diagnostischer Informationen. Häufiger als bei anderen Patienten hat der Arzt selber die Angst, etwas zu übersehen. Die Ängste ergänzen sich gegenseitig.

■ Manche „besserwisserischen“ Patienten zetteln einen Machtkampf mit dem Arzt an und provozieren ihn zu beweisen, wer der „bessere Experte“ sei. Nicht selten lässt dieser Machtkampf den Arzt verärgert zurück. Er macht den Vorwurf an sich selbst, warum er sich überhaupt auf diesen Machtkampf eingelassen hat.

■ Manche Patienten verwickeln den Arzt in emotionalisierte, dramatische Inszenierungen, begleitet von sich aufdrängender Klagsamkeit. Sie nötigen ihn zu immer mehr Eingriffen, die möglicherweise den Patienten zum Opfer medizinischen Interventionen machen. Oder sie „nerven“ ihn dergestalt, dass er Klagen überhört und schwerwiegende Symptome übersieht.

■ Insbesondere lassen die antriebsarmen, enttäuschten Patienten alle Bemühungen des Arztes zur Lebensveränderung scheitern. Nichts hilft und kein Medikament wird vertragen! Wie reagiert der Arzt darauf? Er kann mit katastrophalen Entwicklungen drohen: Das wird böse enden! Oder strafen, indem er zum Facharzt oder ins Krankenhaus wegschickt und dabei denken: Du wirst schon sehen, was Du davon hast. Mancher Arzt bleibt von eigenen Anstrengungen, Lösungen und Rat zu erfinden, erschöpft, hilflos und enttäuscht zurück. Solche typischen Beziehungsmodi sollte der Arzt verstehen, um ihnen adäquat zu begegnen. (Veit, 2010)

Welche Konsequenzen ergeben sich aus diesen Überlegungen? Wer die Orientierung auf

die „Arzt-Patient-Beziehung“ in der Patientenversorgung will, muss bereits in der Aus- und in der Weiterbildung der Ärzte damit beginnen. Diese Orientierung sollte vom Beginn der Ausbildung zum Arzt bereits im Studium in den Regelstudiengängen wirksam werden. Hier kann von den Erfahrungen der Modellstudiengänge gelernt werden. (Veit, 2009).

Darauf aufbauend sollte diese Orientierung in der Facharztweiterbildung fortgesetzt werden. Hier fokussiert das Curriculum der psychosomatischen Grundversorgung in Westfalen-Lippe ein solches Verstehen von Verhalten und Gestaltung von Beziehung (Veit, I., Janssen, P. L., 2004; Veit, I., Heuft, G., Borg, E., 2008). In den Fachbereichen, in denen keine curriculäre Weiterbildung in der psychosomatischen Grundversorgung für den Facharzt vorgeschrieben ist, bleibt jedoch die Vermittlung psychosomatischer Grundkompetenz dem Einzelnen überlassen und daher zufällig. Eine erste Verbesserung könnte darin bestehen, die Weiterbildungermächtigung an den Kompetenzerwerb Psychosomatische Grundversorgung zu binden. Eine weitere Konsequenz wäre, in der inhaltlichen Planung der Angebote der Weiterbildungsverbände für Allgemeinmedizin diese Thematik zu berücksichtigen und dabei auf die curriculäre Fortbildung aufzubauen.

Die Wahrnehmung des eigenen Erlebens und der eigenen Emotionalität kann reflektiert und geübt werden. Verbale Interventionen können erlernt werden. Solche auf der Selbstwahrnehmung beruhende emotionale und kommunikative Kompetenz sollte strukturell longitudinal vom 1. Semester bis zum Abschluss der Weiterbildung vermittelt werden. Sie sollte aus Modulen bestehen, die aufeinander aufbauen. Das wäre die Vision: Ein Strang der emotionalen und kommunikativen Kompetenz in der Aus- und Weiterbildung würde sich aufbauen vom Beginn des Studiums bis einschließlich zur fachbezogenen Psychotherapie.

Auch Versorgungskonzepte sollten diesem Wissen über die Wirksamkeit einer guten Arzt-Patient-Beziehung Rechnung tragen. Da Versorgungskonzepte in unserem System auch von der Honorierung gesteuert werden, sollten Honorarfragen vom Standpunkt der Patientenversorgung aus betrachtet werden und die Beziehungsorientierung auch für die „Geldverteilung“ geltend gemacht werden. Daraus würde folgen, dass nicht Fallzahlen

allein die Honorierung ausmachen und nicht nur die Absolvierung einer Zusatzqualifikation finanziell honoriert wird. Die zeitliche Leistung selber müsste eine größere Berücksichtigung finden.

Beziehungsorientierung lohnt sich sowohl für den einzelnen Arzt und Patienten wie für die Gesellschaft insgesamt, sie ist besser und billiger.

LITERATUR

Veit, I. (2010): Praxis der Psychosomatischen Grundversorgung Die Beziehung zwischen Arzt und Patient. Stuttgart: Kolhammer

Veit, I.; Huenges, B.; Köster, U.; Pieper, M.; Rusche H. (2009): Wie kann der adäquate ärztliche Umgang mit Emotionen im Medizinstudium vermittelt werden? In: GMS Zeitschrift für Medizinische Ausbildung 26(3).

Veit, I.; Heuft, G.; Borg, E. (2008): Psychosomatische Grundversorgung in Westfalen. Ein Erfolgsprojekt mit Zukunft. Ergebnisse der Evaluation. In: Westfälisches Ärzteblatt 11

Veit, I., Janssen, P. L. (2004): Psychosomatische Grundversorgung in der neuen Weiterbildungsordnung. In: Westfälisches Ärzteblatt 9