



## Arzt-Patient-Verhältnis

Autor: Wilhelm Rimpau, Orig. 1996, Juli 2016

090

### Zusammenfassung

- Von seinem Arzt erwartet der Patient nicht nur fachgerechte Behandlung, sondern auch Wegweisung aus der Not mit der Krankheit.
- Das ärztliche Handeln stützt sich auf ein aus verschiedenen Quellen erhobenes Gesamtbild der vorliegenden Krankheit.
- Therapietreue gründet im Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient.
- Der Arzt unterliegt einer allgemeinen Schweigepflicht, von der ihn der Patient entbinden kann. Davon ist die Beantwortung gezielter Fragen gegenüber bestimmten Einrichtungen ausgenommen.

### Fachmann und Gesprächspartner

Im deutschen Gesundheitssystem ist es anfangs fast immer der „Hausarzt“, den ein Epilepsie-Patient wegen seiner Anfälle aufsucht. Die Erfahrung zeigt, dass schon hier häufig die Diagnose gestellt und erste Behandlungsschritte eingeleitet werden. Dies gilt besonders bei Kindern und Heranwachsenden. Erst in einem zweiten Schritt – falls der „Hausarzt“ sich nicht kompetent fühlt oder die eingeleitete Behandlung unbefriedigend bleibt – wird der Patient an den Facharzt überwiesen.

Der Kranke sucht den Arzt primär als Fachmann für bestimmte gesundheitliche Probleme auf. Er wendet sich aber auch an den Arzt, weil er in persönlicher „Not“ ist. Es sind darum zwei Formen der Begegnung mit dem Arzt zu unterscheiden, die in Wirklichkeit allerdings nie scharf voneinander zu trennen sind.

- In einer Art Dienstleistungsverhältnis fungiert der Arzt gegenüber dem Patienten als Fachmann. Bei dieser ersten Form der Arzt-Patient-Beziehung geht es darum, alle Untersuchungen handwerklich korrekt durchzuführen, aufzuklären, Empfehlungen zu geben und dem Überweisenden Bericht zu erstatten.
- Nicht selten aber kommen Patienten allein mit der Bitte um EEG-Befundung oder Interpretation eines Kernspinbildes zum Arzt. Doch wollen sie im Grunde etwas anderes. Es geht ihnen um die Aussprache mit ihrem Arzt. Dies ist die zweite Form der Arzt-Patient-Beziehung, die unbedingt hergestellt werden muss, wenn eine Diagnostik und langfristig angelegte Therapie erfolgreich sein sollen.

Im modernen Medizinbetrieb mit seinen ritualisierten Kommunikationsformen gehen Patienten oft vom Mangel an Zeit beim Arzt aus. Die Not eines Menschen wahrzunehmen, bedeutet hingegen, sich Zeit nehmen, zuhören, verstehen und interpretieren, was jemand sagt, wie er es sagt und schließlich auch auf das zu achten, was nicht gesagt bzw. ausgeklammert wird. Die Lebensgeschichte eines Menschen ist mehr als seine Krankheitsgeschichte.

Im Gespräch mit dem Arzt wird die einleitende Frage: „Warum kommen Sie eigentlich?“ oder auch nur: „Wie geht es Ihnen heute?“ einen Raum öffnen, in dem der Kranke frei erzählen kann. Dabei wird er alles Wesentliche berichten. Wenige Zusatzfragen reichen meist aus, das Mosaik eines Lebens mit Epilepsie zu ergänzen.

## **Authentische Erfahrung, erworbene Erklärungsmodelle, Fremdbeschreibung**

Viele Kranke verfügen über (ihnen) selbstverständliche Erfahrungen, wann und wodurch Anfälle ausgelöst sind oder vermieden werden können. Sie kennen Stigmatisierungsprobleme in Familie, Schule und Beruf, haben Partnerschaftsprobleme, haben auch negative Erfahrungen mit Ärzten und in Krankenhäusern gesammelt, fühlen sich oft missverstanden und falsch behandelt. Die Stationen eines Lebens als Kind, Heranwachsender, Erwachsener und im Alter prägen die Epilepsie ebenso, wie diese die einzelnen Lebensphasen prägt.

Viele Kranke haben sich darüber hinaus Erklärungen für ihre Krankheit gebildet. Die Kunst des Gespräches liegt auch darin, hinter die Fassade solcher Modelle zu blicken und auf den Kern, die eigentliche Erfahrung oder das eigentliche Ereignis zu kommen. Es gilt, Faktisches von Interpretiertem zu unterscheiden.

Kritische Bereiche im Leben eines Menschen sind wie „Lötstellen“, die bevorzugt Anlass oder Auslöser für Krisen werden können. Solche Lötstellen sind beschreibbar und drücken sich im Leben eines Menschen aus in seinem Verhältnis zur Familie, Partnerschaft, Sexualität, Beruf, Geld, Religion, Politik. Das Gespräch mit einem Patienten kann als gelungen bezeichnet werden, wenn dieser hinterher sagt: „Das bin ich noch nie gefragt worden“, obwohl gar nichts außer der Eingangsfrage gestellt worden war und nur die Möglichkeit zur freien Äußerung gegeben wurde.

Ein solches Erstgespräch dauert eine Stunde und länger. Es sollte ergänzt werden durch gezieltes Befragen von Angehörigen. Diese neigen oft dazu, „ihrem“ Kranken das Wort abzuschneiden oder gelegentlich sogar alles besser zu wissen. Die Versicherung, dass der Arzt auch noch mit ihnen sprechen wird, der Hinweis, dass sie objektiv „mehr“ beizutragen haben (nämlich die Beschreibung von Anfällen mit Bewusstlosigkeit oder Bewusstseinstrübung), ermöglicht im Nacheinander der Gespräche schließlich ein klares Bild.

Am Ende fasst der Arzt das Erstgespräch mit Patient und Angehörigen so zusammen, dass der Kranke den Eindruck gewinnt: Es ist wirklich meine Geschichte. Dabei ist hilfreich, solche Fachbegriffe zu verwenden, die allgemein in der Epileptologie benutzt werden, verstanden werden können und gleichzeitig ein Bekenntnis zum Sachverhalt ermöglichen. So werden aus „Störungen“, derentwegen jahrelang ein Psychotherapeut bemüht wurde, dreamy states, also eine psychische Form einfach-fokaler Anfälle, die auch mit Tabletten behandelt werden kann. Die psychodynamisch erklärbbare Konfliktlage, die sehr wohl der Hilfe eines Psychotherapeuten bedarf, bleibt dabei nicht unbeleuchtet.

## **Therapietreue**

Das Vertrauen begründende Verhältnis zwischen Arzt und seinem Patient schlägt sich unmittelbar nieder in der Therapietreue, der sogenannten Compliance. Compliance heißt mitmachen: machen, was man selbst in Übereinstimmung mit seinem Arzt für notwendig hält. Dazu ist Verständnis und Einsicht in die Krankheit notwendig. Einsicht und Zuversicht in die Prognose bilden die Voraussetzungen der Compliance. Das lässt sich nie nur über den Kopf bewirken, sondern immer auch zu vermitteln über richtig verstandene Erlebnisse und Erfahrungen.

Therapie ist die gekonnte und gezielte Antwort auf Leiden und Probleme, die körperliche, seelische und soziale Notlagen (Pathogenese) eines Menschen erfordern, wenn Eigenkräfte (Salutogenese) nicht ausreichen. Der Betroffene hat für diese Notlagen nicht immer eine Eigenwahrnehmung, so dass der Therapeut in eine Stellvertreterfunktion gerät. Neben Individuen richtet sich Therapie (und/oder Prophylaxe) auch an Bevölkerungsgruppen. Therapie ist immer begrenzt, sie ist Kunst oder Handwerk, will erlernt und überprüfbar sein. Therapie muss sich vermitteln können. Therapie ist ein menschlicher, zeitlicher und ökonomischer Aufwand. Therapie hat immer Neben- (oder Begleit-) Wirkungen. Die Übereinstimmung (im Einsehen wie im Tun) von Betroffenen und ihrem Arzt im Ziel, Sinn, Zweck, Wirkung und Nebenwirkung einer Therapie ist die Compliance.

Das Verhältnis zum Arzt ist geprägt durch eine Kultur des Gespräches, welches die fachliche Kompetenz in der Epileptologie voraussetzt.

## **Informations- und Schweigepflicht**

Mit dem Kranken wird zu entscheiden sein, wer die Epikrise (den zusammenfassenden Untersuchungsbericht des Arztes) erhalten soll. In der Regel ist es der zuweisende Hausarzt und Neurologe.

Die ärztliche Schweigepflicht ist gesetzlich durch § 203 Strafgesetzbuch (1975) und das Genfer Gelöbniß „Sement d’Hippocrate, formule de Geneve“ (1948) geregelt. Ihr unterliegt grundsätzlich alles, es sei denn, der Kranke entbindet seinen Arzt gezielt für eine bestimmte Aussage gegenüber einem bestimmten Adressaten. Der Datenschutz bei wissenschaftlichen Fragestellungen regelt die Zustimmungspflicht des Patienten vor Aufnahme in ein Untersuchungsprotokoll. Die Ethikkommissionen an wissenschaftlichen Einrichtungen überwachen diesen Vorgang. Eine Informationspflicht des Arztes besteht bei gezielter Fragestellung gegenüber Krankenkassen, Versicherungen, der Führerscheinbehörde, bei Gutachtenanfragen, Arbeitsamt und Arbeitgeber. Aussagen diesen Stellen gegenüber wird der Arzt immer in Übereinstimmung bzw. Kenntnis seines Patienten tun. Er wird nur über die Dinge berichten, die gezielt angefragt sind und die in der Regel Therapiemaßnahmen und Rehabilitationsanliegen, ggf. Krankschreibungen und Berentungen sowie Einstufung in den Grad der Behinderung dienen.

## Weiterführende Materialien

Literatur:

- Adler, R., Hemmeler, W.: Anamnese und Körperuntersuchung. Stuttgart: G. Fischer, <sup>3</sup> 1992
- Gülich E., Schöndienst M.: „Das ist unheimlich schwer zu beschreiben“. Formulierungsmuster in Krankheitsbeschreibungen anfallskranker Patienten. Psychotherapie und Sozialwissenschaft 1, 199-227, 1999
- Rimpau, W.: Viktor von Weizsäcker. Warum wird man krank? Ein Lesebuch. Frankfurt: Suhrkamp, 2008
- Koerfer A., Köhle K., Olbiers R., Sonntag B., Thomas W., Albus C.: Training und Prüfung kommunikativer Kompetenz. Gesprächsforschung-online-Zeitschrift zur verbalen Interaktion 9, 34-78, 2008  
[www.gespraechsforschung-ozs.de](http://www.gespraechsforschung-ozs.de)

## Zur Informationspflicht des Arztes:

- Begutachtung Epilepsiekranker. Der medizinische Sachverständige Med Sach 107 2011 Nr. 5, U. Specht, I. Coban, R. Thorbecke
- Penin, H.: Begutachtung bei Epilepsie. Aktuelle Neurologie 9 (1982) 98 – 104
- Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAs): Versorgungsmedizin-Verordnung 2015  
Siehe:

<http://www.bmas.de/DE/Service/Medien/Publikationen/k710-anhaltspunkte-fuer-die-aerztliche-gutachteraetigkeit.html>

- Begutachtungsleitlinien zur Kfz-Eignung 2014

[http://www.bast.de/DE/Verkehrssicherheit/Fachthemen/BLL/Begutachtungsleitlinien-2014.pdf?\\_\\_blob=publicationFile&v=5](http://www.bast.de/DE/Verkehrssicherheit/Fachthemen/BLL/Begutachtungsleitlinien-2014.pdf?__blob=publicationFile&v=5) “

## Video

- Rooth, K., Betts, T.: Who is in charge of my epilepsy? Dialogue between patient and physician during behavioral treatment of epileptic seizures. Issues of patient empowerment, control and physician anxiety. (zu beziehen über: Univ. of Birmingham, Queen Elizabeth Psychiatric Hospital, Dr. Tim Betts, Birmingham B 15 2Qz, Unites Kingdom) 1995, Info: Epilepsia 36, 1995, 99 129 - 129

## Hinweise

Verschiedene Ansichten von Epilepsiepatienten zum Arzt-Patient-Verhältnis siehe: Heft 52 (1994) der Zeitschrift „einfälle“ mit dem Schwerpunktthema „Standard in der Epilepsiebehandlung“.

Patientenrechte in Deutschland, Bundesministerium für Gesundheit

<http://www.bmg.bund.de/praevention/patientenrechte.html>

- Informationen über Epilepsie sind auch erhältlich über: Deutsche Epilepsievereinigung/einfälle, Zillestr. 102, 10585 Berlin, tel 030/3424414, fax 030/3424466; Internet: [www.epilepsie-vereinigung.de](http://www.epilepsie-vereinigung.de)
- STIFTUNG MICHAEL, Alstraße 12, 53227 Bonn, Tel.: 0228 - 94 55 45 40 Fax: 0228 - 94 55 45 42  
E-Mail: [post@stiftung-michael.de](mailto:post@stiftung-michael.de) Internet: [www.Stiftung-Michael.de](http://www.Stiftung-Michael.de)
- Deutsches Epilepsiemuseum Kork: [www.epilepsiemuseum.de](http://www.epilepsiemuseum.de)

Herausgeber: Dt. Gesellschaft für Epileptologie