

Über das Besondere im Allgemein(-medizinisch-)en

Auch ich bin die längste Zeit der Auseinandersetzung mit „Menschen mit Migrationshintergrund“ (damals noch ohne Anführungszeichen), mit dem „Gendern“, mit „sozialen Randgruppen“ als Teil meiner hausärztlichen Tätigkeit angehangen. Im Februarheft der ZFA (Zeitschrift für Allgemeinmedizin) wurde nun eine Arbeit publiziert, die bei mir zu intensivem Nachgrübeln über gewohnte Haltungen und Einschätzungen geführt hat.

Es handelt sich um eine Studie, die Erfahrungen von Migranten im deutschen Gesundheitssystem untersucht hat. Diese Arbeit zeigt etwas, was mich zur Einführung der obigen Anführungszeichen bewogen hat: Obwohl die Unterschiede in vielen anderen Aspekten wie soziale und ökonomische Lage, kultureller Hintergrund, Sprachkenntnisse, Aufenthaltsdauer in Deutschland ausgeprägter waren als das gemeinsame Merkmal „zugewandert aus der Türkei“, beschreiben sie ähnliche Erfahrungen im Kontakt mit dem deutschen Gesundheitssystem: der Großteil fühlte sich primär nach Aussehen und Herkunft zugeordnet und wahrgenommen, und erst danach, wenn überhaupt, in individuellen Eigenheiten und Bedürfnissen. Diese Arbeit reißt mehrere höchst interessante Themenkreise an – empfehle hiermit die Lektüre! –, und sie problematisiert grundsätzlich die Konstruktion von Gruppen aufgrund einiger gut wahrnehmbarer Merkmale: wie sinnvoll ist es eigentlich, sich mit dem Umgang mit einer künstlich als solche definierten „Gruppe“ von Personen auseinanderzusetzen, wenn die solcherart zusammengefassten und reflektierten Menschen eigentlich vor allem eines wollen, nämlich das Gleiche wie alle anderen auch: als Individuen wahr- und ernstgenommen werden. Das ist nun etwas, was uns als erfahrenen „Praktikern“ eigentlich eh klar ist: Menschen haben mit verschiedenen Gruppen Verschiedenes gemeinsam: Frauen mit Frauen, alte Menschen mit alten Menschen, Zugewanderte mit Zugewanderten, Krebspatienten mit Krebspatienten ... die Liste lässt sich beinahe unendlich fortsetzen. Und alle gehören gleichzeitig zu mehreren Gruppen: alte Frauen nach Schlaganfall und Geburtsland Türkei, junge Männer mit Geburtsland Deutschland und multipler Sklerose etc.

Hat nun die alte Türkin aus Anatolien nach einem Schlaganfall mehr mit einer jungen österreichischen Frau nach Krebs gemeinsam oder mit einem alten deutschen Mann, mit einem jungen ge-



**Dr. Susanne Rabady,
Windigsteig**

sunden Türken aus Istanbul, oder mit einer/m anderen Patientin/en mit Aphasie? Wenn man die Aufsplitterung und Gruppeneinteilung nach verschiedenen Merkmalen ausreichend konsequent betreibt, kommt das heraus, womit wir Hausärzte es im wirklichen Leben zu tun haben: der individuelle, in seinen verschiedenen Facetten einzigartige Mensch.

Meine vorläufige Konsequenz aus diesen meinen Überlegungen ist nicht Klarheit, sondern die Einführung von Anführungszeichen in meinen Sprach- und Schriftgebrauch. Worin ich mir aber relativ sicher bin, ist, dass das, was die Allgemeinmedizin auszeichnet, Wahrnehmung des ganzen Menschen in seinen vielen verschiedenen Besonderheiten ist. Besonderheiten, die zwar erkannt werden sollten, aber als Teil eines Individuums wahrgenommen, und nicht, um Zuordnungen zu Gruppen vorzunehmen, die dann möglicherweise den Blick auf weitere Besonderheiten verstellen. Ich denke also, dass ich einen jungen Patienten aus Chile gut wahrnehmen und behandeln können sollte, ohne viel über seine Kultur zu wissen, so wie auch eine alte Bäuerin als dem Waldviertel, deren Kultur mir – zumindest anfangs – nicht weniger fremd war. Ich werde also auch in Zukunft weder „gendern“ noch intensiver über Migration nachdenken, als ich es aus ganz anderen Gründen ohnehin tue, sondern das machen, was ich an meinem Beruf am liebsten mag: mich darüber freuen, dass jeder Patient anders ist als der vor und die nach ihm.

Dr. Susanne Rabady

**Die Arbeit in der ÖGAM ist in den letzten Jahren
vielfältig und umfangreich geworden.**

Ihre Mitarbeit ist willkommen!

Unsere Kontaktadresse: office@oegam.at

Psychosomatische Symptome

Überblick

- Die Existenz oder die subjektive Bedeutung von Symptomen sollte nie angezweifelt werden.
- Die Zielsetzung der Therapie besteht daher darin, eine harmonische Beziehung der Zusammenarbeit mit dem Patienten aufzubauen, in der dieser nicht mehr Hilfestellung benötigt, als der Arzt für ihn leisten kann.
- Patienten möchten ihre Symptome benannt und beachtet wissen. Erst danach können sie diese Symptome auch zulassen und sind bereit für eine Behandlung. Das gemeinsame Ziel der Benennung des psychosomatischen Symptoms stellt eine Art Abmachung zwischen Arzt und Patient dar. Der Patient ist solange nicht zufrieden gestellt, bis die Erklärung seines behandelnden Arztes für die Symptome mit der eigenen Sicht der Dinge übereinstimmt.
- Unnötige diagnostische Maßnahmen sollten möglichst reduziert, nichtmedikamentöse Therapien hingegen in den Vordergrund gerückt werden, wie z.B. psychologische Unterstützung und körperliches Training.
- In einer Atmosphäre, in der der Patient das Gefühl hat, ihm wird zugehört und seinen Problemen wird individuell begegnet, ist es wesentlich leichter, die Symptome zu erfassen.

Chronischer Schmerz und das psychosomatische Syndrom

- Es ist wichtig, Schmerzen und alle Symptome psychischer Genese ebenso ernst zu nehmen wie rein somatische Beschwerden.
- Solche Patienten haben typischerweise Schwierigkeiten, ihre Emotionen zu verstehen und auszudrücken (Alexithymie: keine Worte für Gefühle).
- Der Arzt kann dem Patienten erklären, wie seelischer Druck und Ängste körperliche Symptome und Schmerzen verursachen können, da sie über das autonome Nervensystem und muskuläre Spannung auf den Körper einwirken. Die Symptome „psychisch“ erklären zu wollen ist zumindest anfangs nicht zu empfehlen.
- Um etwas über die Lebensbedingungen des Patienten zu erfahren, kann es leichter sein, zunächst eine Frage über das Auftreten und den Schweregrad der Symptome oder Schmerzen in verschiedenen Alltagssituationen zu stellen.

Psychiatrische Störungen mit somatischen Symptomen

- Eine schwere Depression kann mit den Symptomen eines chronischen Schmerzsyndroms oder einer somatischen Erschöpfung präsentiert sein. 25% aller Patienten mit einem chronischen Schmerzsyndrom erfüllen zugleich die Kriterien für eine schwere Depression.
- Patienten mit einer Panikstörung haben Anfälle mit somatischen Empfindungen, die auf der Aktivierung des vegetativen Nervensystems beruhen: Hyperventilation, Herzrasen, Schmerzen in der

Brust, Kurzatmigkeit, Schwindel, Bewusstseinsverlust, Schweißausbrüche, Todesangst. Bei einer generalisierten Angststörung sind durch das vegetative Nervensystem ausgelöste Angstzustände vor sozialen Situationen und Phobiesymptome ebenfalls durchaus häufig.

- Die Somatisierungsstörung ist eine chronische Erkrankung, die in der Pubertät beginnt, wenn der (meist weibliche) Patient an diversen somatischen Beschwerden leidet.
- Bei einer Trauerreaktion empfindet der Patient oft Symptome der Erkrankung, die den Verlust eines geliebten Menschen verursacht hat. Diese Symptome können auch beim Jahrestag des Todes, am Geburtstag des Verstorbenen oder zu anderen Feiertagen aktiv werden. Legt der Patient psychosomatische Symptome an den Tag, ist es daher oft hilfreich, sich nach der Todesursache von verstorbenen Angehörigen und der Haltung des Patienten zu dem Verlust zu erkundigen.
- Die Hypochondrie manifestiert sich als beständige Angst vor dem Krankwerden bzw. als der Verdacht des Krankseins auf der Grundlage einer falschen Interpretation körperlicher Symptome. Zu den Auslösefaktoren gehören die Krankheit bzw. der Tod eines nahe stehenden Menschen oder eine eigene frühere Erkrankung.
- Beim Münchhausen-Syndrom wird die Patientenrolle absichtlich angestrebt, und zwar ohne das Ziel eines direkten Nutzens wie z.B. finanzielle Vorteile oder die Entbindung von bestimmten Arbeiten und Aufgaben. Diese Menschen können ihrem Körper (oral oder auf anderen Wegen) schädliche Substanzen oder Gegenstände zuführen, um somatische Symptome hervorzurufen und damit die Beachtung des Arztes zu bekommen.

Diagnostik, Medikation, Krankschreibung und Pensionierung

- Bei psychosomatischen Erkrankungen können die Verordnung von diagnostischen Untersuchungen und die Ausstellung von Rezepten, im Sinne eines unausgesprochenen und ehrenhaften Kompromisses, zum Bestandteil der Arzt-Patient-Beziehung werden. Die Nachteile dieser Praxis sind die Kosten für unnötige Labortests und Behandlungen sowie eine eventuelle Medikamentenabhängigkeit und die Nebenwirkungen der überflüssigen Medikamente.
- Ein typischer Irrtum – der sich oft verhängnisvoll auf die Arzt-Patient-Beziehung auswirkt – liegt darin, dass Krankschreibungen oder gar Pensionierungen so thematisiert werden, als wären die Symptome der ausschlaggebende Faktor. Wenn der Arzt die Krankschreibung oder Pensionierung ablehnt, indem er auf den geringen Schweregrad der Beschwerden verweist, stellt er damit das subjektive Erleben des Patienten infrage und kränkt ihn womöglich.
- Entschließt sich der Arzt also, den Patienten nicht krankzuschreiben bzw. die Pensionierung zu empfehlen, muss er ihn daher davon überzeugen, dass er dennoch weder die Symptome noch den Schweregrad der Schmerzen anzweifelt.
- Falls die psychosomatischen Symptome mit einer Lebenskrise oder

EbM-Guidelines

16. 8. 2010

einem Burn-out zu tun haben, ist manchmal eine ausreichend lange Krankschreibung angezeigt.

Aspekte der Beziehung zwischen Arzt und Patient

- Analytische und interpretierende Psychotherapie führen selten weiter.
- Die Arzt-Patient-Beziehung sollte unterstützende und aufrichtende Funktion haben.
- Ein regelmäßiger und langfristiger Kontakt zu einem „somatischen“ Mediziner stellt die bestmögliche Unterstützung für einen chronisch psychosomatischen Patienten dar, kann seine funktionalen Fähigkeiten verbessern und hilft überdies Ressourcen sparen.
- Die Behandlung sollte mit dem Aufbau einer vertrauensvollen, beschützenden Arzt-Patient-Beziehung beginnen (aktive diagnostische Strategien zu den Symptomen, Therapien zur Symptombeseitigung bzw. -linderung, flexible Haltung gegenüber alternativmedizinischen Behandlungen).
- Vor allem am Anfang ist es besser, ein Psychologisieren der Symptome sowie die Interpretation ihrer Bedeutung zu vermeiden.
- Es ist wichtig, den Patienten davon zu überzeugen, dass die Arzt-Patient-Beziehung fortgesetzt werden kann, egal, ob die Symptome weiter bestehen oder verschwinden. Symptome sollten nicht als „Eintrittskarte“ in die Arzt-Patient-Beziehung betrachtet werden.
- Unklug wäre es, Hoffnung auf Heilung zu machen. Stattdessen kann die realistische Aussicht auf allmähliche Besserung oder Linderung der Symptome angeboten werden. Der Arzt muss sich bewusst sein, dass er den abhängigen Patienten früher oder später enttäuschen wird.
- Nach der akuten Phase kann die Arzt-Patient-Beziehung durchaus über einen langen Zeitraum fortgesetzt werden, zunächst in Form häufiger Arztbesuche (z.B. 1-mal pro Monat), später kann der Kontakt seltener, aber regelmäßig sein.
- Während des Arztgesprächs sollte weniger die Symptomatik als vielmehr die gegenwärtige Lebenssituation des Patienten zum Thema gemacht werden. Obwohl ein solches Gespräch oberflächlich, ungeplant und keineswegs psychotherapeutisch erscheinen mag, bietet diese Form der Arzt-Patient-Beziehung Patienten mit

chronischem Schmerz und anderen psychosomatischen Symptomen die bestmögliche Unterstützung.

- Das Ziel der Arzt-Patient-Beziehung liegt darin, dem Patienten Sicherheit zu geben und ihn davon abzuhalten, in einen Circulus vitiosus von unterschiedlichen Therapien und Heilungsversuchen abzugleiten, der die Lage nur kompliziert.
- Wenn der Arzt für längere Zeit auf Urlaub oder auf Reisen ist, sollte er den Patienten für Notfälle an einen Kollegen verweisen und diesen auch vorab über Symptomatik und Hintergrund des Patienten informieren. Diese Maßnahme bietet die beste Gewähr dafür, dass der Patient in der Zwischenzeit nicht in der Notaufnahme auftaucht.

Andere Therapien

- Eine Familientherapie kann von Nutzen sein, wenn die Symptomatik Teil eines Kommunikationsproblems oder Machtkampfes innerhalb der Familie des Patienten darstellt. Systemische, strategische und lösungsorientierte Familien- oder Netzwerksitzungen sind unter Umständen die effektivste und wirtschaftlichste Möglichkeit, die intrafamiliäre Kommunikation zu beeinflussen.
- Auch die kognitive Verhaltenstherapie hat in der Behandlung unerklärbarer somatischer Symptome nützliche Ergebnisse gezeigt.
- Allgemein empfiehlt es sich, pharmakologische Therapie zu vermeiden. Allerdings scheinen Antidepressiva Wirksamkeit bei psychogenen Schmerzen und bei der somatoformen Schmerzstörung zu zeigen.
- Die Voraussetzungen zur Rehabilitation sind besser, wenn der Patient diese nicht als Bedrohung der geschützten Arzt-Patient-Beziehung erlebt bzw. als Vehikel für den Arzt, sich eines „schwierigen“ Patienten zu entledigen.
- Einige Patienten mit chronischer psychosomatischer Symptomatik „brauchen“ ihr Symptom oder ihr Leiden.

Autoren:

Matti O. Huttunen und Sami Pirkola

Review:

Bernhard Panhofer



Das Redaktionsteam:

Dr. Reinhold Glehr, Dr. Christoph Dachs,
Dr. Barbara Degn, Dr. Bernhard Fürthauer,
Dr. Susanna Michalek, Dr. Peter Pichler,
Dr. Susanne Rabady, Dr. Frederik Radunsky

ÖGAM-Mitglieder wissen mehr!

Sie haben hohe Qualitätsansprüche und schätzen umfangreiche Information? Dann sind Sie bei uns richtig! Zur ÖGAM-Mitgliedschaft kommen Sie unter www.oegam.at

Korrespondenzadresse:

ÖGAM-Sekretariat
c/o Wiener Medizinische Akademie
Herr Christian Linzbauer
Alser Straße 4, 1090 Wien
Tel. 01/405 13 83-17
Fax 01/405 13 83-23
office@oegam.at • www.oegam.at

Die ÖGAM-News sind offizielle Nachrichten der Österreichischen Gesellschaft für Allgemein- und Familienmedizin.

Der bewegte Arzt

Das erste Mal

Ich erinnere mich an meinen allerersten Hausbesuch, als ob es gestern gewesen wäre: Unser hausärztlicher Tutor hatte uns vier Medizinstudenten in seinen Ford gepackt und war mit uns auf seine Tour von Weiler zu Weiler losgebraust, durch die schneebedeckte Landschaft des Berner Seetals. Romantische Bilder vergangener Epochen gingen mir durch den Kopf, vom Hausbesuch des Oberländer Taldoktors auf Schlitten oder von den berittenen Visiten eines meiner Vorväter.

Die erste Station war ein Bauernhof, wo uns der Hofhund unfreundlich anbellte. Zwei beruhigende Sätze und ein Kraulen von unserem Tutor genügten, und wir konnten entspannt eintreten. Drei Generationen begrüßten uns: Die von Polyarthrose geplagte Großmutter

„Mit Hausbesuchen wegen wir uns auf unsere Patienten zu, suchen ihre Nähe, besonders in schwierigen Zeiten, und sitzen nicht nur nobel in unseren Praxen.

(Patientin), ihre Tochter und zwei Enkelkinder. Nach kurzer Anamnese war die analgetische Injektion gekonnt gesetzt, die Patientin dankbar dafür, das Publikum inklusive Enkelkinder voller Bewunderung.

Wir alle (außer den Enkelkindern) bekamen einen selbstgebrannten Schnaps und Komplimente für unsere Berufswahl, und die Kinder freuten sich über die gerade gebrauchten

Spritzen und Ampullen, auf dass sie ihre Teddybären damit traktieren konnten. Die Gefühlswärme, die Nähe zwischen der Familie und unserem Arzt war intensiv, fast greifbar, und nicht nur Folge des Hochprozentigen oder der gemütlich warmen Bauernstube.

Mein Entschluss stand fest: Ich wollte nicht nur ein „weiser“, sondern ein ebenso „guter“ Arzt werden, nahe bei den Patienten und ihren Familien meinen Beruf ausüben. Dieses unspektakuläre Erlebnis hat mich auf den Weg zu einer erfüllten und erfolgreichen Hausarzt Karriere geschickt.

Sich zum Patienten hinbewegen

Unzählige Hausbesuche haben mir seither die Augen für Unausgesprochenes geöffnet, haben mich zum Patienten hinbewegt – nicht nur physisch, sondern besonders im übertragenen Sinn. Als Arzt betrete ich sein Reich, erhalte Zutritt zu seinem privaten Raum und seiner Gefühlswelt, komme ihm schrittweise bei jedem Besuch näher, erfahre ich mehr über seine Biografie, seine Nächsten, sein Lebensgefühl. Und stelle mich dabei der Herausforderung, trotz meiner beschränkten Auswahl an mitgebrachten Instrumenten, eine rationale und kosteneffiziente Diagnostik und Therapie zu betreiben.

Der „Augenschein“ macht mir eine Fülle von Informationen über meinen Patienten zugänglich, und oft sind entscheidende diagnosti-



Hausbesuche: Auch für die nächste Generation ein Thema!

sche Schlüssel darunter: Die bilderlosen, leeren Wände des Depressiven spiegeln seine innere Leere wider. Eine überbevölkerte Wohnung mit zwei Immigrant-Kleinfamilien, drei Onkel kettenrauchend, erklärt mir die gehäuften Atemwegsinfekte der Kleinen hinreichend. Der beeindruckende Weinkeller des wiederholt gestürzten Rentners spricht Bände.

Eine solche „aufsuchende“ Nähe münzt sich direkt in eine höhere Arbeitszufriedenheit beim Arzt sowie in ein Gefühl des Vertrauens und der höheren Therapietreue beim Patienten um. Pflegen wir also auch diese Art der Bewegung!

*Dr. med. Stefan Neuner-Jehle
Facharzt für Innere Medizin FMH
Schmidgasse 8, CH-6300 Zug
sneuner@bluewin.ch*

*Unveränderter Nachdruck aus:
PrimaryCare, Schweizerische Zeitschrift für Hausarztmedizin.
PrimaryCare 2012;12(4):70.
© EMH Schweizerischer Ärzteverband AG, 2012.*