

Zur Rolle der Patienten-Arzt-Beziehung im Kontext von Umwelt, Medizin und Gesellschaft

Wolfgang Baur

Verständnisprobleme zwischen Arzt und Patient sind schon lange Gegenstand von Studien. Meist geht es dabei um Einnahme von Medikamenten, v.a. um die Tatsache, ob verordnete Medikamente wirklich genommen werden. Allgemein ist die Therapietreue unidirektional von Patient gegenüber dem Arzt gemeint.

Neuerdings wird der Begriff compliance oder auch Adhärenz genannt und damit weitergehend definiert. Es geht um die Verständigung vom Arzt in der Rolle des Wächters über die wirtschaftliche Verordnung und vom Patienten in der Rolle des Käufers von medizinischer Ware - und umgekehrt, der Kontrolle des Patienten über die ärztlichen Handlungen.

Die Diskrepanz zwischen der scheinbar objektiven Sicht des Arztes / der Wissenschaft und der subjektiven Sicht und Betroffenheit des Patienten scheint systemisch unauflösbar.

Heute werden Ärzte neben der gesellschaftlichen Aufgabe, die Gesundheitsversorgung im Staat zu garantieren, mehr und mehr zur Steuerung der Ausgaben im Gesundheitswesen funktionalisiert. Eine neue Theorie von dem Primat der Subjektivität des Patienten, ihrer Ökonomie, ihrer Vorteile für die Gesundheit des Patienten und des Gesundheitssystems und schließlich auch der Ärzte wird präsentiert und hierfür werden aktuelle Studien kurz referiert.

Wird der Patient von Anfang an mit seiner Biographie, seinen Vorstellungen, seinen Wünschen nach ausgiebiger Aufklärung ernst genommen und einbezogen, resultiert Vertrauen und angemessener Aufwand. Schlussendlich ist dieser Weg der ökonomischere.

Die Synopse führt zu einer neuen Theorie der Subjektivität in der Patienten - Arzt Beziehung.

Schlüsselwörter: Compliance Paradoxon, Gefühlte Sicherheit, Umweltmedizin, Psychosomatik

Einleitung

Compliance wird als Einwilligung und Bereitschaft eines Patienten zur Zusammenarbeit mit dem Arzt bzw. zur Mitarbeit bei diagnostischen oder therapeutischen Maßnahmen aber auch als Zuverlässigkeit beim Befolgen therapeutischer Anweisungen definiert. Die Compliance ist unter anderem abhängig von Persönlichkeit, Krankheitsverständnis und Leidensdruck des Patienten, von der Arzt-Patienten-Beziehung, der Anzahl und der

Schwierigkeit der Anweisung und natürlich der Art der Therapie für eventuelle maßgebliche Verhaltensänderungen. Schon immer gab es Schwierigkeiten in dieser Verständigungsbereitschaft, erinnert sei an den Halbgott in Weiß, der einseitige Anweisungen gibt und unangreifbar ist, erinnert sei aber auch an den kritischen, an den mündigen Patienten, der aufgefordert wird seine Wünsche deutlich zu machen. Im Zeitalter des Internet und der Suchmaschinen gewinnt die Qualität der Informationen des Patienten eine immer größere Bedeutung und Macht. Bei den

Beratungen ergeben sich oft Probleme, denn Internet muss sehr vernünftig gelesen werden, Halbwissen ist nicht Wissen und komplexere Zusammenhänge sind oft wirklich nur durch intensives Studium und große Erfahrung einzuordnen.

Die immer mehr sektorale Diagnostik der fachärztlichen Sicht mit immer genaueren v.a. technischen Methoden führen zu einer gefühlten Überlegenheit der „objektiven“ Diagnose. Der Weg ist ökonomisch aufwändig. Es fehlt eine geeignete Vernetzung der fachärztlichen Disziplinen auf diesem Niveau, weil der Fachmann für diese interdisziplinären spezialisierten Ergebnisse nicht existiert.

Die subjektive Sicht des Patienten geht durch die abgehobene Objektivität verloren, der Faktor „gefühlte Sicherheit“ beim Patienten kommt in der modernen Patientenführung nicht vor - höchstens noch beim Hausarzt als Vertrauensperson. Meist ist dieser aber bei entscheidenden Schritten nicht einbezogen. Die Compliance ist abwesend.

Im gesamten Gesundheitswesen, v.a. aber in der Psychiatrie und in der Umweltmedizin käme aber der Compliance mit Wertschätzung der Patientenmeinung, des Patientengefühls, seiner sozialen Umgebung eine zentrale Bedeutung zu. Behandlung gegen den Patienten und seine Überzeugungen ist schon aus neuro-bio-psycho-sozialer Sicht sinnlos.

In der Umweltmedizin verkehrt sich das Problem sogar ins Gegenteil: der Patient ist über sich und die möglichen Schädigungen besser informiert als der Arzt: Compliance Paradoxon.

Lagerbildung

In der Allgemeinmedizin und bei den Fachärzten gibt es immer wieder Probleme, in der Psychiatrie ist der Aspekt oft schwer oder gar nicht mehr vermittelbar, weil die Sender- Empfänger- Linie nicht normal funktioniert.

In der Umweltmedizin gibt es in den Ansprüchen der Patienten bei den verschiedenen Krankheitsbildern große Probleme, weil im Grunde zwei Ideologien aufeinander treffen.

Die eine ärztlich geprägte Meinung kommt von der Arbeitsmedizin und ihren Konzentrationen, bei Umwelteinwirkungen werden die Probleme der Patienten bagatellisiert. Oft werden dann psychiatrische oder psychosomatische oder psychotherapeutische Diagnosen gewählt, leiten dann aber von dem eigentlichen Umweltproblem des Patienten ab. Es geht dann in Psychiatisierung und angeblich objektive messende Medizin über Fragebogen.

Die andere patientenbezogene Meinung ordnet gesundheitliche Störungen Umwelteinflüssen zu, kann viele Erfahrungsberichte beibringen, viele „alternative“ Literatur, glaubt fest an kausale Zusammenhänge und begründet den persönlichen Leidensdruck subjektiv intensiv glaubhaft.

Literaturbeispiele

Zwei Organe des Thieme-Verlages, die Zeitschrift für Allgemeinmedizin (ZFA) und das Balint Journal sowie die Zeitschrift

umwelt-medizin-gesellschaft (umg) haben sich der Problematik mit bemerkenswerten Aufsätzen angenommen.

1. Kanzow fasst in seinem Artikel „Zurechtbiegen und Vermessen. Über die Beziehungsfalle psychiatrischer Diagnosen“ folgendermaßen zusammen: Die Beziehungsdagnostik bei der Behandlung seelischer Störungen ist umfassender als die medizinische Diagnose. Er macht es am Beispiel klar. Bei einem Demenzfall war nicht die Besserung der Alzheimersymptomatik das Erstrebte, sondern die Führbarkeit in einem definierten sozialen Rahmen. Das bedeutet nach Kanzow sogar, dass eine geringfügige Verschlechterung der Demenz die Führbarkeit im sozialen häuslichen Rahmen erleichtert hat und damit das Erwünschte war. Klar wird an dem Beispiel, dass nicht die diagnostizierte objektive Krankheit der eigentliche Behandlungsgegenstand war, sondern die Beziehungsdimension und die Führbarkeit des Patienten im Alltag (1).

Nicht die Besserung des Alzheimers, sondern die Führbarkeit zur Ermöglichung des sozialen Raumes ist die Hauptaufgabe. Die Compliance hat nach Kanzow neue, subjektive - nicht objektive - aber zunehmend gesellschaftliche Dimensionen.

2. Porszolt leitet in dem Artikel „Gefühlte Sicherheit, ein Entscheidungskriterium für Patienten“ ab, dass gefühlte Sicherheit ein menschliches Grundbedürfnis ist, dass dieses in unserem Gesundheitssystem viel zu wenig beachtet wird, dennoch ein bedeutender Faktor im System ist. Der Konflikt besteht darin, dass der emotionale Aspekt bei praktischen Entscheidungen berücksichtigt werden muss. Das bedeutet für das Gesundheitssystem, dass die Sichtweise des Patienten und die des Arztes in Gleichklang gebracht werden müssen. Das wiederum bedeutet einen Wechsel von der kostenorientierten zu einer werteorientierten Medizin. Diese Auffassung ist diametral gegen die augenblickliche rein ökonomische Orientierung (2).

3. Bauer und Kollegen (3) führen in dem Artikel „Patienten mit multiplen Chemikalienintoleranzen: Umweltmedizin oder Psychosomatik?“ aus, dass die Einordnung von MCS - Patienten in psychosomatische Kategorien aufgrund der Literatur und eigener Erfahrung nicht richtig ist. Im Vergleich mit Gesunden waren MCS - Patienten gesundheitlich zwar stark beeinträchtigt, unterschieden sich aber in ihrer Symptomatik signifikant von einer psychosomatischen Vergleichsgruppe (3).

Das heißt aber, dass die Theorie, MCS sei eine umweltbezogene Somatisierungsstörung, nicht aufrecht erhalten werden kann. Denn auch andere Autoren beschreiben MCS - Kollektive, welche keine psychiatrischen Erkrankungen aufweisen. Eine Möglichkeit zur Abgrenzung von psychosomatischen Störungen bieten auch, insbesondere immer wieder von MCS - Patienten berichtete, Intoleranzen von Alkohol, Tabak, Medikamenten und Nahrungsmittel ganz im Gegensatz zu den eigentlichen Psychosomatikern. Das heißt nicht, dass es nicht seelische Störungen bei MCS - Patienten gibt. Die Frage ist, ob das eher durch die Belastung und die Risikofaktoren und das veränderte Leben geschieht und damit als reaktive Störung des eigentlichen Organes geschehen gewertet werden muss. Grundsätzlich sind natürlich Kombinationen aus umweltmedizinischen und psychotherapeutischen Therapien sinnvoll.

Des Weiteren wird in Bauer und Schwarz „Welche Aussagekraft hat die MCS - Multicenter Studie“ geprüft, ob überhaupt eine gültige Aussage möglich ist und ob die methodischen Anforderungen des Studiendesigns erfüllt geblieben sind und dadurch eine Aussage zu der MCS - Problematik gemacht werden kann (4). Als Folge ergibt sich, dass die Studie nicht wissenschaftlich interpretierbar ist und nur auffällige Untersucherergebnisse von unterschiedlichen Zentren zu sehr unterschiedlichen Einschätzungen geführt haben. Das heißt, das angeblich objektive Wissen der Ärzte wertet in bestimmten Zentren die Krankheit so, in anderen aber die gleiche Krankheit anders. Damit ist nach Bauer und Kollegen ein Verzerrungseffekt gegeben, der für eine wissenschaftliche Arbeit nicht tolerierbar ist.

Compliance Paradoxon

In der Umweltmedizin werden Kontroversen zu folgenden Krankheitsbildern mit dem Hintergrund des Unverständnisses der Ärzte für die Anliegen der Patienten oft falsch beurteilt. Meist sind nicht einmal die umweltmedizinischen Diagnosen bei den Ärzten über die Abkürzungsformel bekannt.

Gemeint sind:

- MCS = Multiple Chemical Syndrom: ICD: T 78.4
- CFS = Chronique Fatigue Syndrom ICD G 93.3.
- EMS = Elektromagnetische Sensibilität ICD Z 58
- Amalgamunverträglichkeit, Amalgamsensibilität, Amalgamallergie ICD T 56.1
- SBS = Sick-Building Syndrom ICD T 75.8.

Der Zeitschrift „Psychotherapeut“ ist mit der Veröffentlichung des Artikels „Psychosomatik der umweltbezogenen Gesundheitsstörungen“ von Hausteiner et al. hoch anzurechnen, dass sie zumindest die Problematik deskriptiv, umfassend darstellt (5). Dann allerdings kommen die Autoren zu der Schlussfolgerung der reinen psychosomatischen Interpretation. Sogar ein CME Fragebogen (objektive Medizin ?), in dem das Primat der objektiven Psychosomatik gegenüber den subjektiven Darstellungen der Patienten fest geschrieben ist, wird als Überprüfung angeblich objektiven Wissens faktisch abgefragt.

In Deutschland werden die oben genannten Krankheitsbilder eher über Selbsthilfegruppen, Umweltjournale und alternative Medizin verbreitet. In die wissenschaftliche Literatur haben sie bisher kaum Eingang gefunden, eine große Ausnahme sind die o.g. Artikel von Bauer et. al. (3, 4).

Es stehen sich also in der Einschätzung der Umweltkrankheiten in der Gesellschaft zwei unversöhnliche, ideologisch fixierte Lager gegenüber:

Einerseits die angeblich objektive Wissenschaft, die nachweist, dass umwelttoxische Störungen in den niederen Konzentrationen keine wirklichen physiologischen Antworten auslösen können;

Andererseits Fallstudien mit Evidenzgrad 4, also durchaus evidence based medicine relevant, die nachweisen, dass es durchaus schwere Krankheitsbilder, eine schwere subjektive Betroffenheit gibt.

- Als Auslöser identifiziert werden in diesen Studien eben wirklich
- Chemikalien: bei MCS (6) und bei CFS (7);
 - EMS: UMTS Antennen, auch Radar (8);
 - Amalgamunverträglichkeit: siehe Fallbeispiele insbesondere von Daschner und Mutter (9) sowie Darstellungen in Lehrbüchern der Umweltmedizin u.a. von Seidel (10), bzw. Schwenk (11).

In diese ideologischen Grabenkämpfe ist auch der Artikel von Hausotter (12) einzuordnen, der ohne eigene Studien, wie die oben zitierte Literatur, festsetzt, dass umweltassoziierte Erkrankungen identisch seien mit seelischen Störungen nach ICD 10 im Kapitel F wie Neurasthenie, Somatisierungsstörungen, somatoforme autonome Funktionsstörung, anhaltende somatoforme Schmerzstörung, hypochondrische Störung, Angststörung, wahnhaftige Störung, Vergiftungswahn, Persönlichkeitsstörung und Depressionen mit Vitalstörungen.

Hausotter wirft den umweltmedizinisch orientierten Einzelpraxen einseitige somatische und umweltorientierte Ausrichtung ohne konsiliarisch - psychiatrischen Rat vor. Das ist insbesondere bei der psychosomatischen und psychiatrischen Klinik Nordfriesland in Bredstedt mit den Vertretern Bauer und Schwarz grundsätzlich falsch. Es gilt auch nicht für viele umweltmedizinische Einzelpraxen, die meist einen Zusatztitel Psychotherapie oder sogar eine fachärztlich psychiatrischen oder psychotherapeutischen Hintergrund haben.

Synopse und Schlussfolgerung

Aus alledem geht hervor, dass sich in der Umweltmedizin und der Gesellschaft das Arzt-Patienten Verständnis zum Compliance-Paradoxon wandelt. Dabei wird die subjektive Sicht der Patienten nicht wahrgenommen, obwohl sie oft genauestens symptom- und auslöserbegründet ist.

Die scheinbar objektive Sicht des Arztes ist in zwei ideologisch fixierte Lager gespalten, sodass sich aus dem gestörten Arzt-Patienten-Verhältnis sogar ein gestörtes Arzt-Arzt-Verhältnis mit Fronten in der Schulmedizin ergibt.

Die arbeitsmedizinisch und (wegen angeblich fehlender objektiver Befunde) psychiatrisch ausgerichteten Ärzte erkennen folgende Sachverhalte für Umweltpatienten nicht an:

- Niedrige Dauerbelastungen
- komplexe additive und sich potenzierende Wirkungen
- individuelle Responder Wirkungen (Suszeptibilität) auf bestimmte Stoffe.

Sie wählen stattdessen „objektive“ psychiatrische Diagnosen.

Umweltorientierte Ärzte geben der subjektiven Einschätzung ihrer Patienten eher Recht, begleiten diese, reflektieren die Theorien, geben Nichtwissen für schwierige Zusammenhänge zu, berücksichtigen noch ungeklärte, unbekannte, wissenschaftliche noch nicht geklärte Einflüsse, und werten schlussendlich nicht primär psychiatrisch und damit auch ICD 10 gerecht nach Kategorien T, M - aber nicht F.

Für den Autor ist ein möglicher Hintergrund aus einer ganz anderen Ebene abzuleiten. Das habe ich nach klarer Definition von Umweltmedizin bereits früher dargestellt (13). Ich halte für

1. Zuhören
2. Zeit nehmen
3. Ordnen (anamnestisches Schema)
4. Die zentrale Frage stellen: „Was glauben Sie, womit Ihre Beschwerden im Zusammenhang stehen?“
5. Den Belastungspfad genau definieren
6. Wie kann die Belastung in den Körper gelangen? (Aufnahmepfad)
7. Nachweisbare Effekte klären
8. Immer einen begleitenden psychopathologischen Befund erheben
9. Auswahl der Institute für die Analysen
10. Expositionsunterbrechung

Tab. 1: Zehn Empfehlungen zum Umgang mit Umweltmedizin in der Allgemeinpraxis

möglich, dass umweltbezogene Interpretationen u.a. deshalb nicht toxikologisch gedeutet werden, weil sie umfangreiche Schadenersatzansprüche nach sich ziehen würden. Siehe dazu insbesondere Schöndorf (14: 201), der als Staatsanwalt den Holzschutzmittelprozess begleitet hat und in seinem Buch warnt: „Es besteht die Gefahr, dass der Fortschritt in der psychosomatischen Medizin missbraucht wird, indem man die Psyche benutzt, um somatische Ursachen als Folge der Wirkung von giftigen Chemikalien zu leugnen und berechtigte Forderungen an die Industrie (an die Verursacher ?) zurückzuweisen und einen jahrelangen Prozesskrieg zu verursachen. Nimmt man also eine psychosomatische Position ein, sind die Auffälligkeiten in der Person selbst begründet und eben nicht mit Schadenersatzansprüchen einklagbar.

Deshalb muss sorgfältig mit dem Instrumentarium der Psychiatrie, Psychotherapie, Testpsychologie umgegangen werden, um frühe falsche Festlegungen zu vermeiden (15). Zum weiteren Umgang mit Patienten in der Umweltmedizin sind die in Tabelle 1 kurz vorgestellten 10 Empfehlungen zu berücksichtigen (16).

Kontakt:

Dr. med. Wolfgang Baur
 FA für Allgemeinmedizin und psychotherapeutische Medizin, Umweltmedizin
 Lohnbachstr. 5
 38690 Vienenburg
 Tel.: 05324/6107
 Fax: 05324/6025
 E-Mail: Dr.Wolfgang.Baur@t-online.de

Nachweise

- (1) KANZOW WT. (2007): Zurechtbiegen und vermessen: Über die Beziehungsfälle psychiatrischer Diagnose für die Behandlung, Balint-Journal 4/2007: 109-114.
- (2) PORSZOLT F. (2007): Gefühlte Sicherheit- Ein Entscheidungskriterium für Patienten?, Zeitschrift für Allgemeinmedizin 83(12): 501-506
- (3) BAUER A, SCHWARZ E, MARTENS U. (2007): Patienten mit multiplen Chemikalienintoleranzen: Umweltmedizin oder Psychosomatik?, Zeitschrift für Allgemeinmedizin 83(11): 442-446.

- (4) BAUER A, SCHWARZ E. (2007): Welche Aussagekraft hat die MCS - Multicenterstudie? umwelt-medizin gesellschaft 20(4): 289-296.
- (5) HAUSSTEINER C, BORNSTEIN S, NOWAK D. (2007): Psychosomatik der umweltbezogenen Gesundheitsstörungen, Psychotherapeut 52(5): 373-384.
- (6) NASTERLACK M., KRAUS T., WRBITZY R. (2002): Multiple Chemical Sensitivity - Eine Darstellung des wissenschaftlichen Kenntnisstandes aus arbeitsmedizinischer und umweltmedizinischer Sicht, Deutsches Ärzteblatt 99(38): 2474-2483.
- (7) SHEPHERD C, CHAUDHURI A. (2002): ME/ CFS/ PVFS - Eine Darstellung der zentralen klinischen Fragen, Fatigato e.V., Berlin.
- (8) KRAHN-ZEMBOL W. (2007): Neue Grundsatzentscheidung des Europäischen Gerichtshofes zu Grenzwerten, umwelt-medizin gesellschaft 20(4): 326-330.
- (9) DASCHNER F, MUTTER J. (2007): Sondervotum zu „Amalgam: Stellungnahme aus umweltmedizinischer Sicht“, Mitteilung der Kommission „Methoden und Qualitätssicherung in der Umweltmedizin“ des Robert Koch-Instituts, Berlin, Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz 50(11): 1432-1433.
- (10) SEIDEL H-J. (1996): Umweltmedizin, Georg Thieme Verlag, Stuttgart -New York.
- (11) SCHWENK M. (1996): Multiple chemische Sensibilität, in: EIS D, BEYER A. (Hrsg.): Praktische Umweltmedizin, Springer-Verlag, lose Blattsammlung November 1996, Gruppenkasuistik 4: 1-19.
- (12) HAUSOTTER W. (2007): Umweltbeschwerden - Umweltmedizin in der nervenärztlichen Praxis, neuro aktuell 6/2007: 12-27.
- (13) BAUR W. (2008): Was ist Umweltmedizin? umwelt medizin gesellschaft 22(1): 28-33.
- (14) SCHÖNDORF E. (1998): Von Menschen und Ratten, Verlag Die Werkstatt, Göttingen.
- (15) BAUR W. (2000): Zum Stellenwert psychologischer Testverfahren in der Umweltmedizin, umwelt medizin gesellschaft 13(2): 160-162.
- (16) BAUR W. (1998): Umweltmedizinische Probleme, in: KOCHEN MM (Hrsg.): Allgemein- und Familienmedizin, Hippokrates, Stuttgart: 356-364.