

---

---

## Kommentar zum Fall: „Patientenvertrauen und Kollegialität“

*Rupert KLÖTZL*

**O**FT, so sagt man, werden Schicksale durch unvorhergesehene, aufs erste nebensächlich erscheinende Ereignisse entschieden. Dies scheint mir auch in diesem Fall so gewesen zu sein, denn die entscheidende Wende gab diesem Fall nicht ein Experte, sondern die gerade auf Besuch gekommene Freundin der Patientin. „Geh’ doch zu Deinem Chirurgen, der Dich damals so gut operiert hat, bevor es Dir hier immer schlechter geht.“ So oder ähnlich mag ihr Rat gelautes haben, der, in die verunsicherte Situation der Freundin gesprochen, den Anstoß zu deren weiterem Vorgehen gegeben hat, ohne medizinische Kriterien, aus irrationalen Fühlen heraus gesprochen. Dies wirft die Frage auf, worauf sich Entscheidungen des (mündigen) Patienten letztlich gründen und wie das zu beurteilen ist.

Weiters müssen wir uns fragen: wodurch und wann gerät das Vertrauen des Patienten zum Arzt ins Wanken oder geht gar ganz verloren?

Wenn das passiert, wechselt der Patient üblicherweise den Arzt und es stellt sich dann für den weiterbehandelnden Mediziner die Frage, wie er sich, abgesehen vom entsprechend fachlich richtigen Vorgehen, kollegial verhalten soll.

Sehen wir uns die Entwicklung der Situation noch einmal kurz an:

An der Internen Abteilung werden alle nötigen diagnostischen Schritte gesetzt, um das unklare abdominelle Beschwerdebild zu klären. Obwohl man nichts findet und nur symptomatisch behandelt, fühlt sich die Patientin trotz weiterbestehender Schmerzen gut betreut. Ausgerechnet am Freitag nachmittag, wo üblicherweise eine eigenartige Ruhe in die Spitalabteilungen einzieht, weil der tägliche Routine-

betrieb abebbt, gerät das Vertrauen in ihre Ärzte ins Wanken. Gegen deren Rat geht sie nach Hause, d. h. in Wirklichkeit zum Chirurgen, der sie akut operiert, dadurch aus ihrer verunsicherten Situation befreit, und sie in der Folge zufrieden und offenbar ohne Beschwerden nach Hause entläßt.

Anhand der Entscheidung der Patientin sieht man, daß hier für sie ganz andere Kriterien als für den Arzt ausschlaggebend sind. Der Arzt nimmt zwar die subjektiven Beschwerden der Patientin zur Kenntnis, diese sind aber im Vergleich mit den von ihm erhobenen objektiven Befunden für seine Entscheidung zweitrangig. Er wartet ab, weil er keinen Befund erhebt, der ihn zu einem invasiven Vorgehen veranlassen würde. Obwohl die Patientin über die Ergebnisse der Untersuchungen informiert wird, beurteilt sie, so will mir scheinen, eher die gesamte Stimmung. Sie interpretiert die Art, wie man ihr erklärt, zuwarten zu müssen, offenbar als Unsicherheit. In dieselbe Richtung wird vielleicht auch die ehrliche und zutreffende Aussage der Ärzte, daß man (noch) nicht genau wisse, was sich hinter den Beschwerden verberge, interpretiert. Daß plötzlich nur mehr eine kleine Dienstmannschaft da ist, mag die Unsicherheit auch noch verstärken.

Es bedarf jetzt nur mehr einer kurzen Bemerkung der Freundin, und das Vertrauensverhältnis zur Internen Abteilung zerbricht.

Nun wechselt der Schauplatz. Der konsultierte Chirurg strahlt offenbar große Sicherheit aus. Ohne Befunde zur Verfügung zu haben, erklärt er ihr, daß man dringend operieren müsse. Das neue Gefühl der Sicherheit der Patientin begründet aber nicht die fachliche Einsicht,

daß man wirklich operieren müsse, sondern einfach die Tatsache, daß etwas geschieht, etwas weitergeht. "Der tut etwas, der kennt sich aus." Trotz des folgenden relativ großen Eingriffes ist die Patientin letzten Endes sehr zufrieden.

Wie ist das Vorgehen des Chirurgen zu beurteilen?

Es mag hier etwas von der sprichwörtlichen Spannung zwischen Internisten und Chirurgen aufgebrochen sein. Die Internisten würden oft zu lange zögern, die Chirurgen zu frühzeitig operieren. Nach dem hier gegebenen Bericht mutet es allerdings eigenartig an, daß man einer Patientin, die angeblich dringend mit einem akuten Abdomen operiert werden muß, empfiehlt, selbst mit der Straßenbahn ins Spital zu fahren. Entweder ist es gar nicht so akut, oder man müßte sie mit der Rettung schicken. Hier kommen erste Zweifel an der Richtigkeit des Vorgehens des Chirurgen auf. Diese werden durch die Diskrepanz zwischen OP-Bericht und histologischem Befund verstärkt. Von den makroskopisch beschriebenen eitrigen Ablagerungen findet sich nichts in der Histologie, die Appendektomie wird im OP-Bericht gar nicht erwähnt, das Präparat aber eingeschickt und befundet.

Man kann sich hier des Eindruckes nicht erwehren, daß der Chirurg durch sein Vorgehen die vorbehandelnden Internisten in gewisser Weise desavouierte, und zwar ohne daß diese einen Fehler begangen hätten. Sich auf Kosten der Vorbehandler in ein gutes Licht zu stellen, ist sicher unkollegial. Meines Erachtens nach ist die Indikation zur Laparatomie zumindest fragwürdig, ebenso das Vorgehen bei der zweiten Spitalweisung. Sicher kann man auch den Standpunkt vertreten: "Jetzt warten wir nicht mehr weiter zu, jetzt schauen wir hinein." Man muß dabei aber auch das Operations- und Narkoserisiko in Betracht ziehen und die allgemeine Belastung durch den Eingriff. So wie hier beschrieben, hat es sich in diesem Fall weder um einen Ileus, noch um einen septischen Prozeß gehandelt, sondern um eine Ap-

pendikopathie. Man hätte daher der Patientin einiges ersparen können.

Da immer das Wohl des Patienten oberstes Ziel ist, muß man hier für eine abschließende Beurteilung fragen, wie die Patientin im Endeffekt ausgestiegen ist. Auch hier kann man wieder eine Diskrepanz zwischen subjektivem und objektivem Befinden feststellen.

Subjektiv war die Patientin zufrieden, fühlte sich gut behandelt und ihre Meinung von ihrem Chirurgen bestätigt. Man muß sagen, daß trotz aller Mündigkeit und Rationalität, die viele gern für sich beanspruchen, sehr viele Entscheidungen de facto irrational, aufgrund nicht näher reflektierter Gefühle getroffen werden. Beurteilt der Patient nicht in erster Linie das Auftreten, die Freundlichkeit, die persönliche Ausstrahlung, das Engagement aller Behandelnden, schließlich die gesamte Atmosphäre von Abteilung oder Ordination, also auch sehr stark *wie* etwas gesagt wird, nicht bloß *was* ihm gesagt wird? Die fachliche Kompetenz wird wohl am ehesten "ex iuvantibus" beurteilt. Der Arzt muß natürlich nach den Regeln seiner Kunst vorgehen, daher ist die Zufriedenheit des Patienten allein noch keine ausreichende Rechtfertigung für sein therapeutisches Handeln. Er muß sich dieser Tatsachen bewusst sein und ihnen auch Rechnung tragen. Das ist natürlich sehr schwierig, weil gleiche Verhaltensweisen des Arztes beim Patienten ganz unterschiedliche Gefühle auslösen können. Allzu forsches und bestimmtes Auftreten kann, wie in unserem Fall, Vertrauen wecken, in einem anderen Fall aber als Überspielen eigener Unsicherheit entlarvt werden. Umgekehrt kann ehrliche Information auch über noch unklare Zusammenhänge den einen Patienten verunsichern, im anderen aber Vertrauen wecken, weil er sieht, daß man ihm nichts vormacht. Es ist das Problem der Einschätzung, welche Information in welcher Weise dem Patienten vermittelt werden kann und soll. Das ist individuell verschieden und erfordert Erfahrung.

Objektiv muß man sagen, daß die Patientin einem unnötigen Risiko ausgesetzt wurde. Das hätte auch schlechter ausgehen können und ist

in anderen Fällen auch schon schlecht ausgegangen. Der Chirurg hätte zumindest Kontakt mit den vorbehandelnden Internisten aufnehmen und sich über die Vorbefunde orientieren müssen und erst nach diesem Consilium dementsprechend weiteragieren sollen. Daß nach einem Arztwechsel nach Methode B weiterbehandelt wird, einfach um sich von Methode A des Vorbehandlers abzusetzen, passiert auch im Bereich der niedergelassenen Ärzte immer wieder, ist aber sicher unkollegial, wenn es ohne fachlichen Grund geschieht. Selbst bei Fehlern des Vorbehandlers sollte man sich, ohne etwas zu beschönigen, fair, d. h. eben kollegial verhalten. Schließlich kann einem auch selbst ein Fehler passieren, oder von einem Patienten das Vertrauen entzogen werden.

Natürlich soll der Patient Entscheidungen mitverantworten können. Dort, wo er diese aber einfach aus Mangel an fachlicher Kompetenz nicht treffen kann, muß sie der Arzt übernehmen. Andererseits kann auch der Arzt trotz aller Kompetenz und objektiven Daten die Situation nicht immer richtig beurteilen. Vieles ist auch durch Befunde (noch) nicht erfaßbar und es gibt Situationen, die eben schwer zu beurteilen sind, deren Prognose einfach unsicher oder unvorhersehbar ist. Hier muß auch der Arzt sich selbst oder auch dem Patienten zugestehen, in einem gewissen Bereich intuitiv entscheiden zu können, ja zu müssen. Freilich

darf auch das nicht überhastet oder belastet durch Ressentiments zwischen Arzt und Patient oder innerhalb der Kollegenschaft geschehen. In unserem Fall wurde die Patientin durch ihre Entscheidung sicher nicht ideal behandelt. Demgegenüber muß man aber auch zugeben, daß in ähnlich gelagerten Fällen durch ein richtiges Gespür von Seiten des Patienten, daß man (wo)anders weiterbehandeln sollte, Recht behalten wurde. Letztlich kann natürlich niemand gegen seinen Willen behandelt werden, sodaß die Entscheidung des Patienten für oder gegen eine Therapie akzeptiert werden muß, auch wenn der behandelnde Arzt anderer Meinung ist.

Zusammenfassend kann man sagen: In unserem Fall ist es den Internisten nicht gelungen, trotz fachlich richtigen Vorgehens das Vertrauensverhältnis zur Patientin zu erhalten. Der Chirurg konnte andererseits trotz teilweise fragwürdigen Vorgehens ein Vertrauensverhältnis aufbauen. Subjektiv war die Patientin zufrieden. Objektiv gesehen wurde sie unnötigen Belastungen und Risiken ausgesetzt, die bei besserem Auftreten der Internisten und kollegialerem und zurückhaltenderem Verhalten des Chirurgen hätten vermieden werden können.

*Dr. Rupert KLÖTZL ist Arzt für Allgemeinmedizin und in Wien tätig.*