Konsultationsablauf in der Hausarztpraxis

P. Périat

Die Aufgabe des Hausarztes in der medizinischen Grundversorgung der Bevölkerung verlangt ein Erkennen und Gewichten der gesundheitlichen Probleme seiner Patienten. Dabei muss er auf die Anliegen der Patienten eingehen und sie möglichst nach dem Stand der Wissenschaft (Guidelines) versorgen. Dazu wird aber auch erwartet, dass er die Anliegen seiner Wissenschaft an den Patienten heranträgt und ihm verständlich macht. Nicht jeder Patient hat die gleichen Risiken, sondern jeder hat sein eigenes individuelles Risikoprofil. Zusätzlich stösst man in der Individualebene auf weitere einschränkende und erweiternde Probleme. Am Beispiel der verschiedenen Beurteilung des Anliegens und der Dringlichkeit will ich dies im Rahmen des Konsultationsablaufs der Hausarztpraxis näher beleuchten.

Der Patient kommt mit einem Anliegen, der Arzt nimmt eine Anamnese auf, untersucht den Patienten, macht evtl. technische Untersuchungen, stellt eine Diagnose und entlässt den Patienten (mit einer Therapie nach Hause, mit einer Überweisung zu einem Spezialisten, mit einer Einweisung ins Spital). Das ist der trockene schematische Konsultationsablauf im ambulanten Setting, wie wir ihn in Aus- und Weiterbildung vermittelt bekommen.

Components of Primary Health Care Encounter

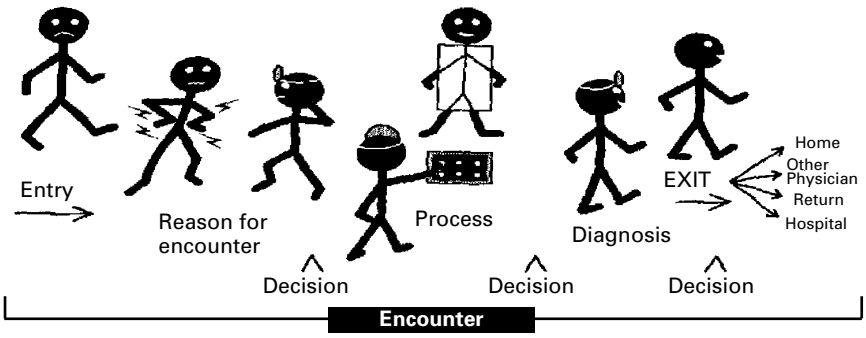

Abbildung 1.
Components of primary health care encounter, aus ICPC, Lamberts and Wood, WONCA, Oxford Medical publications, 1990.

Einstieg (entry)

Der Patient hat die Wahl der Eintrittspforte ins Gesundheitswesen. Hausarzt, Ambulatorium, Spezialist oder Poliklinik stehen ihm zur Auswahl. In meiner Darstellung nimmt er Kontakt auf mit seinem Hausarzt. Dies kann eine telefonische Anmeldung, das Aufsuchen der Sprechstunde, eine Bitte um einen Hausbesuch oder ein Notruf sein. Mit diesem Schritt beginnt das Arzt-Patienten-Verhältnis.

Das Anliegen (reason for encounter)

Das Anliegen des Patienten. Der Patient kommt immer mit einem Anliegen. Dieses ist immer vierschichtig. Diese Schichten möchte ich am Beispiel einer einfachen Distorsio pedis erläutern.

1. Das **Thema.** Es enthält die Sachebene (z.B. Fuss verstaucht), das Wann? Wo? Wie?
2. Das **Motiv.** Bei der Verstauchung des Fusses scheint das Anliegen für den Arzt auf der Hand zu liegen. Dennoch sind verschiedene Motive für den Arztbesuch möglich:
   1. «Könnte der Fuss gebrochen sein?» Hier ist das Motiv Angst oder Beunruhigung.
   2. «Was kann ich tun, dass ich schnell wieder normal gehen kann?» «Was kann ich gegen die Schmerzen tun?» Der Patient wünscht einen Rat.
   3. «Der Chef schickt mich wegen eines Arbeitszeugnisses.» «Meine Frau meint, es wäre besser zum Arzt zu gehen.» Hier kommt das Motiv vom Umfeld des Patienten. Dabei ist offen, ob der Patient selber wegen dieser Verletzung den Arzt überhaupt aufgesucht hätte.
3. Die **Erwartung.** Die Erwartung ist gekoppelt an das Motiv. Im ersten Fall erwartet der Patient eine radiologische Abklärung, evtl. die Weiterweisung zu einem Spezialisten oder in ein Spital; jedenfalls eine Antwort auf seine Beunruhigung. Im zweiten Fall ein Behandlungskonzept, im dritten ein Arbeitszeugnis, eine Diagnose oder Prognose, jedenfalls etwas, das *seine Umgebung* zufrieden stellt.
4. Der **affektive Rapport.** Der Patient sucht bei freier Arztwahl primär einen Arzt oder eine Institution seines Vertrauens auf. In der Praxis können wir deshalb in der Regel von einem positiven affektiven Rapport ausgehen, sonst hätte der Patient jemand anderen aufgesucht. Dieses Vertrauen verbessert aber bereits die Heilchancen und ist ein wichtiger Faktor in der Salutogenese [1]. Vielleicht hat bereits das Vertrauen in eine

Dr. med. Pierre Périat
Facharzt FMH
für Allgemeinmedizin
In den Neumatten 63
CH-4125 Riehen

piperiat@swissonline.ch

Person oder Massnahme eine Wirkung. Vielleicht ist das gar das Wirkprinzip des Plazeboeffekts.

Trotz des gleichen jeweiligen sachlichen Befundes sind die folgenden Schritte evtl. verschieden, evtl. nur verschieden zu gewichten. Um dem Patienten eine adäquate Antwort auf sein Anliegen zu geben, reicht es nicht aus, eine Ursache-Wirkung-Beziehung herzustellen. Vielmehr gilt es herauszufinden, welchen Stellenwert (Bezeichnetes) der Patient (Interpretant) seinem Symptom (Zeichen) gibt, denn dort spielt sich für ihn die Realität ab [2]. Finden wir das nicht heraus, fühlt sich der Patient trotz richtiger, Guideline-gerechter Massnahmen «nicht ernstgenommen», «der Arzt ging nicht auf ihn ein», «er hörte nicht zu», bestenfalls «hatte er halt wenig Zeit». Jedenfalls ist der Patient nicht so zufriedengestellt, wie er sich dies gewünscht hätte. Das hat nichts mit dem Mass an aufgewendeter Zeit oder Technik zu tun, sondern sagt nur, dass der Arzt nicht das Anliegen des Patienten beurteilt hat, sondern sein eigenes. Dies führt zu einem Verlust an affektivem Rapport, der vielleicht bei einem späteren Anliegen den Patienten sein Glück bei einem andern Arzt suchen lässt.

Anliegen des Arztes. Nicht nur der Patient bringt sein Anliegen in die Konsultation ein, sondern auch der Arzt. So kommen die Anliegen der Prävention häufiger vom Arzt als vom Patienten. Aber beim Hypertoniker will er auch den Blutdruck messen, auch wenn dieser die Sprechstunde wegen einer Lumbago aufsucht. Nicht immer deckt sich das Anliegen des Arztes mit dem Anliegen des Patienten. Beispiel: Ein adipöser Bierliebhaber sucht den Arzt wegen einer Gichtattacke auf. Der Patient will seine Gicht weghaben, hat aber kein Verständnis für das Anliegen des Arztes, sein Gewicht und seinen Bierkonsum in den Griff zu bekommen. Der Arzt versucht, den Zusammenhang klar zu machen und beim Patienten ein Krankheitsbewusstsein bezüglich Gicht zu schaffen, er motiviert und ermutigt. Im günstigen Fall hat er Erfolg; allenfalls erst nach mehreren Anläufen, oft leider überhaupt nicht. Seit 100 Jahren sind die grössten präventivmedizinischen Probleme unserer Gesellschaft die falsche Ernährung und der Bewegungsmangel. Beides sind Probleme des *Verhaltens des Patienten* und können nur durch ihn selber verändert werden. Dazu braucht er aber das *Bewusstsein und Verständnis,* dass sein bisheriges Verhalten aus medizinischer Sicht ungünstig war. Es reicht nicht, dass der Arzt «weiss», der *Patient* muss «wissen und verstehen». Hat der Patient das Bewusstsein, braucht er zusätzlich noch den *Willen* und die *Kraft,* sein Verhalten zu ändern. Der Entscheid, ob er so viel Energie zur Änderung seines Verhaltens aufbringen will und kann, liegt allein beim Patienten. Der Arzt hat nur die Beratungs- und Motivationsfunktion. Beginnt der Arzt zu drohen, begibt er sich mit seiner Medizin in eine religiöse Dimension, die nicht seinem Auftrag entspricht.

Medieninduzierte Anliegen

Schon immer nahmen medieninduzierte Patientenanliegen einen gewissen Anteil der Sprechstundenzeit in Anspruch. Ein Beispiel aus meiner Assistenzzeit (1975): Eine Frau sucht die Chirurgische Poliklinik auf wegen Unterbauchbeschwerden. Sie glaube, sie habe es an der Prostata. Abends zuvor hatte Männi Weber eine Sendung über Urologie moderiert. Seit die Bevölkerung jedoch über die Medien und die Laienpresse gezielt für gewisse Themen (in den letzten Jahren v.a. das Cholesterin und die Osteoporose) sensibilisiert wird, hat sich die dafür aufgewendete Sprechstundenzeit merkbar vergrössert. Die Patienten machen dabei das Gesundheitsthema des letzten «Heftli» oder der gestrigen Fernsehsendung zu ihrem Anliegen und wünschen es zu besprechen. Dabei bekommen Themen in der Sprechstunde Raum, die vom Arzt sonst nicht oder nicht so breit abgehandelt worden wären, weil sie nach dem individuellen Risikoprofil des Patienten nicht diese Bedeutung haben. Die dafür aufgewendete Zeit geht dann für die Besprechung der effektiven individuellen Risiken des Patienten verloren.

Der Hunger der Gesellschaft nach medizinischen Artikeln und Sendungen scheint unersättlich. Es ist in unserer Gesellschaft legitim, diesen Hunger auch für Geschäfte zu nutzen, auch wenn dadurch die Qualität der medizinischen Versorgung der Bevölkerung nicht verbessert, sondern verschlechtert wird. Es passt zu einer Bevölkerung, die die Zwillingsinitiative abgelehnt hat, und die jedes Jahr 100 Millionen Franken Tabakwerbung einen Antinikotin-Werbefonds von 5 Millionen entgegensetzt.

Entscheid

Bereits nach der Feststellung des Anliegens folgt eine erste Beurteilung, ein Abschätzen der diagnostischen Richtung und der Dringlichkeit, bei mehreren Anliegen (z.Z. im Schnitt etwa 4 pro Konsultation) eine Prioritätenliste gemäss ICPC, evtl. eine Differentialdiagnose Richtung ICD-Code. Gemeinsam mit dem Patienten wird ein Abklärungsplan erstellt hinsichtlich Untersuchungen, die entweder helfen, direkt eine korrekte Diagnose zu stellen oder die Diagnosen mit weiterreichenden Konsequenzen durch Abchecken der «red flags» auszuschliessen. Das primäre Anliegen des Patienten darf

während der Abklärung nicht verloren gehen. Der Praktiker stellt sich bereits hier die Frage, wieweit nach exakter Bezeichnung von Krankheiten, auf deren Verlauf er keinen Einfluss hat, überhaupt gesucht werden soll («self limited diseases» wie banale Erkältungen, Lumbago). Will der Patient mehr oder andere Abklärungen als der Arzt, gilt es zu verhandeln, damit der Patient sein Anliegen beantwortet bekommt, ohne dass unnötige Mehrkosten entstehen. Der Patient gibt uns zwar den Auftrag, sein Anliegen zu bearbeiten, das «Wie» ist aber wesentlicher Bestandteil der Aus-, Weiter- und Fortbildung des Arztes. Das Gesundheitswesen soll kein Selbstbedienungsladen sein. Manchmal will der Patient auch weniger Untersuchungen, als der Arzt vorschlägt, z.B. aus Kostengründen (Franchise). Nicht selten verweigert er ausdrücklich eine vom Arzt vorgeschlagene Untersuchung (z.B. HIV-Test, «schon wieder eine Blutuntersuchung»), manchmal gar eine Hospitalisation («Ich gehe auf keinen Fall ins Spital»). Eine Massnahme gegen den Willen des Patienten ist nicht statthaft. Auch in dieser Situation muss verhandelt und aus juristischen Gründen exakt Buch geführt werden.

Untersuchung

Wie in Aus- und Weiterbildung gelernt, folgen die klinischen Untersuchungen, soweit sie zur Klärung des Anliegens nötig sind. Technische Untersuchungen so wenig wie möglich, so viel wie nötig!

«Diagnose» (besser: Arbeitshypothese)

Häufig reicht der ICPC-Code und/oder eine klinische Verdachtsdiagnose («impression clinique») als Arbeitshypothese aus. Bei einer Untersuchung allgemeininternistischer Patienten der MUP Genf deckte sich in 80% der Beurteilungen die «impression clinique» mit der späteren Diagnose [3]. In 30–60% der Fälle haben Patienten in der Allgemeinpraxis Probleme, für die keine Diagnose gefunden wird [4]. Angesichts der vielen «self limited diseases» und der funktionellen Beschwerden, deren Hintergrund häufig nicht exakt klassierbar ist und von den Patienten auch nicht klassiert werden will, genügt oft der ICPC-Code. Eigentlich besteht die wichtigste Kunst des Hausarztes, in der Triage den ICD-Code in den richtigen Situationen zu erzwingen. Geschieht dies zu häufig, ist der Arzt zu teuer (junge Kollegen kurz nach Praxiseröffnung, Spezialisten); sucht er zu wenig, verpasst er Wesentliches.

Hat es keine «red flags», kann man auch mit dem Faktor Zeit arbeiten: Ist das Krankheitsbild self-limited, muss es in der abgeschätzten Zeit wieder verschwinden. Die Arbeitshypothese kann dann rückwirkend auf Grund des Verlaufs zur Diagnose erhoben werden. Andernfalls ist sie zu überdenken.

Um dem Patienten eine weitere Konsultation nach erfolgter Genesung zu ersparen, wird er oft mit der Weisung «no news are good news» entlassen. Das hat allerdings zur Folge, dass der Hausarzt in seiner KG den Schritt von der Arbeitshypothese zur restrospektiven, definitiven Diagnose mangels Rückmeldung nicht vollziehen und so für Spitäler und Versicherungen häufig keine gesicherten Diagnosen abgeben kann. Sie können auf Grund des Verlaufs aber vermutet werden.

Stellt sich die Arbeitshypothese als falsch heraus, und das Krankheitsbild spitzt sich zu, statt wie von uns erwartet abzuklingen, muss die Situation frisch überdacht und beurteilt werden. Zu jeder Arbeitshypothese gehört deshalb das Festlegen einer «*Auffanglinie*». Das ist der Zeit- und Ereignispunkt, an dem der Verlauf kontrolliert und evtl. die Arbeitshypothese frisch beurteilt werden muss.

Therapie

Steht die Arbeitshypothese, wird mit dem Patienten die Therapie und das weitere Prozedere ausgehandelt. Nicht nur die Zeit (z.B. «self limited disease», nicht zu behandelnde Krankheiten wie eine beginnende MS), auch die Therapie kann unter Umständen zur diagnostischen Bestätigung der Arbeitshypothese benutzt werden (Nitroglyzerin bei Angina pectoris, Protonenpumpenblocker bei Dyspepsie, Eisensubstitution bei Müdigkeit, Vitamin B12 bei beginnender Demenz, Madopar bei Restless-legs-Syndrom).

Umgang mit der Zeit

Die Zeit spielt in den Entscheidungsprozessen des Konsultationsablaufs eine zentrale Rolle. Die Überlagerung durch den Zeitfaktor beginnt schon beim «entry», stellt sich nach der Kurzanamnese. Auch nach der Erstellung der klinischen Diagnose und der Arbeitshypothese muss der Faktor Zeit berücksichtigt werden: Wieviel Zeit habe ich? Wie dringlich ist das Anliegen des Patienten? Oder muss ich den Patienten an einen Ort weisen, wo mehr Zeit für den Patienten zur Verfügung steht, und die diagnostischen Schritte schneller erfolgen können. Dabei geht es nicht nur um die Dringlichkeit des Anliegens, sondern auch um die Frage, kann ich dem Anliegen in der mir zur Verfügung stehenden Zeit im «worst case» ohne Schaden für den Patienten gerecht werden. Andernfalls

Dringlichkeit aus Sicht des Arztes	
1. Akute Lebensbedrohung	Myokardinfarkt; akutes Abdomen; suizidale Depression
2. Subakute Lebensbedrohung	Entgleister Diabetes mellitus; Karzinomverdacht
3. Keine unmittelbare Lebensbedrohung, aber schweres Krankheitsbild	Akut: Malleolarfraktur; Ureterkolik Chronisch: invalidisierende Coxarthrose; rheumatoide Arthritis
4. Keine Lebensbedrohung, aber unangenehm, lästig; Befindlichkeitsstörung	Akut: «Frozen shoulder», Migräne-Anfall Chronisch: Heberden-Bouchard-Arthrosen, Nagelmykosen, LWS-Syndrom bei degenerativen Veränderungen, Osteoporose, IBS

Dringlichkeit aus Sicht des Patienten	
1. «Jede Minute zählt»	Panikattacke (Interpretation: akuter Herzinfarkt); Blutende RQW (Interpretation: «Er verblutet»); Malleolarfraktur/Ureterkolik (Interpretation: «Er stirbt vor Schmerzen»)
2. «Es geht um mein Leben»	IBS (Interpretation: Darmkrebs); chronische Migräne (Interpretation: Hirntumor)
3. «Ich brauche eine starke Spritze»	Geplatztes abdominales Aortenaneurysma (Interpretation: schweres LWS-Syndrom)
4. «Mit dem Zucker sollte ich halt immer etwas aufpassen»	Diabetes mellitus Typ II

muss ich ihn weiterweisen. Ein wichtiges Instrument ist auch hier die Auffanglinie.

Nicht nur beim Anliegen, sondern auch bei der Dringlichkeit gibt es die Arztsicht und Patientensicht. Auch diese Ansichten können sich decken (z.B. Herzinfarkt, offene Fraktur) , sie müssen aber nicht. Eine Panikattacke eines langjährigen Patienten mit wiederholten Notfallkonsultationen im Rahmen seiner Angstproblematik ist für den Arzt keine dringliche Situation, für den geplagten Patienten, der meint, diesmal habe er ganz sicher einen Herzinfarkt, jedoch schon. Doch wird der Arzt auch hier den «worst case» im Auge behalten. Auch der Panikpatient kann tatsächlich einmal einen Infarkt erleiden. Wie bei der Beurteilung des Sprechstundenanliegens ist bei der Dringlichkeit der richtige Mix aus Durchsetzen der ärztlichen Sicht und Eingehen auf die Sicht und subjektive Situation des Patienten ein wichtiger Teilaspekt ärztlicher Kunst.

Ich habe aus Gründen der Klarheit im ganzen Artikel nur von Einzelkrankheiten gesprochen. In der freien Praxis sind die Patienten mehrheitlich polymorbid, die Krankheitsbilder greifen in einander über und überlagern sich. Chronisches mischt sich mit akutem. Psychische Mitbeteiligungen können simulieren oder dissimulieren. Halbwissen ist ein erheblicher Störfaktor und beunruhigt die Patienten mehr, als dass es ihnen nützt [5]. Die Variabilität ist in der ambulanten Individualbetreuung sicher grösser als in unseren traditionellen Lehrinstitutionen. Dennoch gibt es auch in der Hausarzttätigkeit Gesetzmässigkeiten, die bei richtiger Ausführung sogar den Namen Kunst verdienen.

«Me muess d'Lüt nee wie si sy, s'git keini andere» (Stammtischinschrift im Restaurant Bad Bubendorf).

Literatur

1 Dätwyler B, Egger J, Lädrach U, Pauli HG, Schönbächler G. Integrierte Medizin. Schweiz Ärztezeitung 1995; 76(44):1781-3.

2 von Uexküll T. Integrierte Medizin. Psychosomatische und psychozoziale Medizin 2000;1/28:8-14.

3 Sztajzel J, Higelin F, Pult L, Borst F, Stalder H. De l' impression clinique au diagnostic final. Etude retrospective des patients vus en urgence à la policlinique de médecine. SGIM-Kongress 1996, P200. Schweiz Med Wochenschr 1996;126(Suppl 74/I).

4 Bensing JM. The role of affective behaviour. Ars medici l995;17:1188-97.

5 Hug J. Ärzte-Befragung der Zentralschweiz. PULSUS 2000;1.