

Briefe an die Redaktion

Geben Sie eine Chance zum Fragen

Brief zu: Langewitz WA. Patientenzentrierte Kommunikation. Swiss Med Forum. 2022;23(06):888–92.

Eingangs wird in oben zitiertem Beitrag auf die Unsicherheit hingewiesen, die sowohl bei einer arztzentrierten wie auch einer patientenzentrierten Gesprächsführung die Patienten-Arzt-Beziehung belasten kann. Zu diesem Thema hat der bekannte Psychosomatiker Rolf H. Adler (Lory-Spital, Bern) vor circa 30 Jahren eine einfache Empfehlung formuliert, sich zum Beispiel in der Klinikvisite neben dem «aufmerksamen Schweigen» exklusiv an die Patientin / den Patienten zu richten. Diese/dieser wird am Ende der Visite noch einmal schlicht und einfach ganz im Sinne der Patientenzentriertheit eingeladen, offene Probleme anzusprechen. Das lautet dann etwa so: «Herr/Frau X, haben Sie noch eine Frage an mich oder die hier anwesenden Klinikpersonen?»

Mit Sicherheit wird diese Aufforderung nicht sekundenschnell in eine ausgefeilte Frage transformiert. Der Raum, der für die Fragestellung geöffnet wird – und das folgende «aufmerksame Schweigen» – helfen allerdings, Hemmungen in der Kommunikation zu überwinden.

Geben Sie den Patientinnen und Patienten somit eine Chance zum Fragen. Mehr braucht es häufig nicht!

Willkommene Nebeneffekte der patienten- respektive arztzentrierten Kommunikation am Krankenbett: Die Arztvisite wird entschleunigt.

Die Gesprächsführung muss nicht gelernt, sondern einfach nur praktiziert werden.

Prof. Dr. Peter Engelhardt, Aarau

Disclosure Statement

Der Autor hat deklariert, keine potentiellen Interessenskonflikte zu haben.

Wie würden Sie für sich selbst entscheiden?

Brief zu: Langewitz WA. Patientenzentrierte Kommunikation. Swiss Med Forum. 2022;23(06):888–92.

In den Ausführungen zu diesem Thema habe ich einige Aspekte vermisst, nämlich vor allem die Kompetenz zur intuitiven Ent-

deckungsfindung der hauptbetroffenen Person, den Einbezug der Praxisassistentin / des Praxisassistenten beziehungsweise des Pflegepersonals, den Faktor Zeit und die Hidden Agenda.

Eine Antwort auf die Frage «Wie würden Sie in dieser Situation für sich selber entscheiden?» ist mir als Hausarzt immer schwergefallen, da ich selten verlässlich abschätzen konnte, wie ich mich tatsächlich selber in einer solchen Situation verhalten würde. Auch wollte ich den Entscheid der fragenden Person nicht beeinflussen und schon gar nicht verfälschen. Ich habe die betroffene Person jeweils ermuntert, sich selber spontan und ohne Reflexion aller Vor- und Nachteile die folgende Frage zu beantworten: «Welcher Weg ist mir am sympathischsten?» Es war immer erstaunlich, wie schnell und wie eindeutig die Antwort klar wurde.

Eindrucksweise oft hilfreich war mein Hinweis, dass kein Entscheid in Stein gemeiselt sei und dass der Entscheid auch überschlafen werden kann. Nur selten wurde dadurch der erste spontane und intuitive Entscheid umgestossen.

Hinweise der Praxisassistentinnen und -assistenten auf offene Fragen habe ich jeweils dankbar entgegengenommen und diese bei passender Gelegenheit angesprochen, natürlich ohne Hinweis auf mein «Insider-Wissen».

Dr. med. Jörg Fritschi, Obernau

Disclosure Statement

Der Autor hat deklariert, keine potentiellen Interessenskonflikte zu haben.

Replik

Ich danke den beiden Kollegen für ihre Anregungen. Prof. Engelhardt [1] schlägt vor, am Ende einer Konsultation respektive am Ende einer Visite noch einmal die Patientin oder den Patienten einzuladen, etwaige offene Fragen noch einzubringen. Hinter diesem Vorschlag steht wahrscheinlich der Wunsch, die Bedürfnisse von Betroffenen an eine Konsultation möglichst vollständig zu erfassen. Das ist ganz sicher eine gute Idee, es stellt sich allerdings die Frage, ob man das besser am Anfang macht – so wird es in der neueren Literatur empfohlen – oder ob man es auf den Schluss des Gespräches verschiebt. Das im

Review-Artikel vorgestellte initiale explizite Klären der Agenda hat den Vorteil, gleich zu Beginn *miteinander* zu klären, welche Themen in einer Konsultation Platz haben. Das von Rolf H. Adler empfohlene erneute Öffnen der Agenda am Schluss birgt das Risiko, dass Themen benannt werden, die in nützlicher Zeit nicht in Ruhe und sorgfältig bearbeitet werden können. Wir alle haben grossen Respekt vor Patientinnen und Patienten, die mit der Türklinke in der Hand beim Hinausgehen eben noch ein Thema lancieren wollen; sie selber dazu einzuladen, halte ich nicht für eine gute Idee.

Dr. Fritschi [2] weist völlig zu Recht darauf hin, dass Praxisassistentinnen und -assistenten oft wichtige Hinweise geben können, die im Moment relevanten Themen von Patientinnen und Patienten betreffen. Daher sind zum Beispiel im PEPra-Projekt (Prävention mit Evidenz in der Praxis) der FMH nicht nur die ärztlichen Grundversorgenden, sondern auch die Praxisassistentinnen und -assistenten zur Teilnahme eingeladen. Dr. Fritschi vermisst zudem Hinweise auf die Bedeutung der Intuition und hat damit völlig Recht. In dem Praxistipp «Die Atmosphäre macht den Unterschied» [3] wird die Wichtigkeit des Bauchfühls von Fachpersonen angesprochen. Das Erkennen der Hidden Agenda passt gut zu diesem Thema, weil es vor allem ein Gefühl von «Etwas stimmt hier nicht» ist, das einen vermuten lässt, dass es eine der Open Agenda zuwiderlaufende Hidden Agenda gibt. Beispiele sind ein Mix aus ostentativer Gelassenheit im Verhalten und spürbarer Unruhe im Raum oder das laute Klagen über Beschwerden in einer eher fröhlichen Stimmung. Wenn es gelingt, diese Diskrepanz nicht wertend anzusprechen, ist es vielleicht möglich, die Hidden Agenda ans Licht zu ziehen und in der Konsultation zum Thema zu machen.

Prof. Dr. med. Wolf Langewitz

Disclosure Statement

Der Autor hat deklariert, keine potentiellen Interessenskonflikte zu haben.

Literatur

- Engelhardt P. Geben Sie eine Chance zum Fragen. Swiss Med Forum. 2023;23(22):xxx.
- Fritschi J. Wie würden Sie für sich selbst entscheiden? Swiss Med Forum. 2023;23(22):xxx.
- Langewitz W. Die Atmosphäre macht den Unterschied. Schweiz Arzteztg. 2022;103(45):72–3.

rTMS bei Post-COVID-19-Fatigue – wirklich effizient?

Brief zu: Seemann O, Kämer B. Repetitive transkranielle Magnetstimulation bei Post-COVID-19-Fatigue. Swiss Med Forum. 2023;23(03):850–1.

Unter der Ansage «Effizient und verträglich» wird eine «N-of-1»-Studie im Swiss Medical Forum publiziert und in einem Editorial [1] wohlwollend kommentiert. Mit repetitiver transkranieller Magnetstimulation (rTMS) wird eine Patientin mit Post-COVID-19-Fatigue über Wochen, bereits ab dem dritten Monat nach Infektion, mit einem Magnetpulsengerät in diversen Sitzungen und anschließender Heimselbstbehandlung therapiert. Sicherlich wurde die Patientin auch medizinisch und psychologisch gut betreut und ihr Zustand verbesserte sich erfreulich.

Allerdings hätten auch ohne diese Therapie sehr hohe Heilungschancen bestanden, die meisten Patientinnen und Patienten mit Fatigue sind ein Jahr nach COVID-19 beschwerdefrei. Die Patientinnen und Patienten mit länger anhaltenden Beschwerden, die einer Chronic Fatigue / myalgischen Enzephalomyelitis gleichen, sind tatsächlich schwer behandelbar. Es fragt sich, ob Post-COVID-19 pathophysiologisch eine eigenständige Krankheit ist oder nicht eher einem Zustand wie zum Beispiel der Fatigue nach Epstein-Barr-Virus-Infektion gleichsteht, aber eben aktuell häufiger vorkommt. Da vulnerable und hilfeschuchende Menschen jeden Strohalm ergreifen, müssen wir in der Anwendung von nicht evidenzbasierten Therapien grosse Sorgfalt walten lassen.

Die rTMS wird seit 1985 für diverse Erkrankungen und Zustände erforscht, von Depression über Tinnitus, Fatigue, Post-Stroke-Zustände, entzündliche Erkrankun-

gen des Zentralnervensystems und viele mehr. Bei der Depression lassen sich etwas Evidenz für ihre Wirksamkeit, aber auch anhaltende Kontroversen betreffend Methodik und Studienqualität finden, bei Fatigue ist die Datenlage der rTMS schwach.

Nicht nachvollziehen lässt sich das Postulat der Autoren, die rTMS bereits während der Akutphase der SARS-CoV-2-Infektion einzusetzen. Die aufwendige prophylaktische Behandlung einer noch nicht eingetretenen seltenen Komplikation einer pandemischen Erkrankung erscheint schwer vermittelbar und mit WZW-Kriterien (Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit) nicht vereinbar. Gegen eine solide kontrollierte und bestmöglich verblindete Studie wäre dennoch nichts einzuwenden.

*Prof. Dr. med. Robert Thurnheer,
Klinik für Innere Medizin,
Kantonsspital Münsterlingen;
Dr. med. Gregory Fretz,
Medizinische Poliklinik,
Kantonsspital Graubünden*

Disclosure Statement

RT hat Vortragshonorare für FOMF – Fortbildungen für Hausärzte deklariert. GF gibt die Teilnahme an der Studie zu Temelimumab bei neurokognitiven Folgen nach COVID-Infekt an sowie die Teilnahme an einem Altea Expert Board und die Mitarbeit in der Arbeitsgruppe FMH/BAG zur Erstellung von Schweizer Guidelines zur Post-COVID-Erkrankung.

Literatur

1 Schicho JW. Hoffnung in der Behandlung von Fatigue nach COVID-Infektion? Swiss Med Forum. 2023;23(03):849

Replik

Die Autoren haben auf eine Replik verzichtet.

Briefe einreichen

Briefe an die Redaktion reichen Sie online ein unter:

<https://smf.manuscriptmanager.net/>

Anzeige



EVENTS
Swiss Health Web

Wissen, was wo passiert!

- Kongresse
- Seminare
- Fort- und Weiterbildungen

Alles auf einen Blick.
Überzeugen Sie sich selbst.

events.emh.ch

