Ärztliches Fehlverhalten: immer nur „Schuld“ des Arztes?

C.	Christine	Pavelka-Arenas
----	-----------	----------------

Gyn.-geburtsh. Abteilung. Schwerpunkt-krankenhaus Oberwart (Vorst.: R. Pavelka)

Dr. Christine Pavelka-Arends, Schwerpunktkrankenhaus Oberwart, Gyn.-Geburtsh. Abt., A-7400 Oberwart

Mit großer Sorge beobachte ich in den Medien und Gerichten ablaufende Kampagne gegen Ärzte, denen man Fehlverhalten oder Kunstfehler vorwirft. Erstaunlich ist dabei, daß sich die Ärzte immer in die Verteidigungsposition oder sogar alleinigen Schuldigen-position begeben. Der Hintergrund für dieses Verhalten dürfte in der anscheinend festgelegten Rolle des Arztes liegen, der sich immer mehr für alles was den Heilungsprozeß oder Erfolgsprozeß (Geburt) des Patienten betrifft, verantwortlich fühlt. Übernimmt der Arzt die Verantwortung bezüglich des Erfolges, so hat er naturgemäß auch die Konsequenzen bei einem Mißerfolg zu tragen. Der Arzt sitzt in der Falle, die er sich selbst errichtet hat. Es wäre anzustreben solche Mißerfolge von vornherein zu vermeiden.

Seit meiner Tätigkeit als Klinische Psychologin auf einer Gynä-kologie habe ich mich bei menschlichen Mißerfolgen, wie z. B. in-trauteriner Fruchttod oder Säuglingstod gefragt, weshalb dies pas-siert sei. Aus meiner Ausbildung weiß ich, daß es keine zufälligen Verhaltensweisen oder Erlebnisse gibt. Im Rahmen von Einzel-fallanalysen ging ich dem Anteil der Patientinnen nach. da mir be-wußt war, daß auch die Person der Patientin Anteil an den Inter-aktionen mit dem Arzt hat. Bei alien Patientinnen (8 Probanden) fand ich Ahnungen, Ängste, geheime Wünsche, Träume, Ag-gressionen und den daraus falschen Interpretationen von Körper-signalen. Die Patientinnen legten auch ein nicht angepaßtes Verhalten an den Tag, z. B. bei Risikoschwangerschaften wurde nur der Hausarzt und nicht ein kompetenter Facharzt aufgesucht. Die Gründe dafür sind den Patientinnen nicht bewußt, bzw. es werden Scheinargumente verwendet. Unbewußt wurde der Arzt in die Falle gezogen, Fehlhandlungen oder Unterlassungen zu setzen, um sich somit „schuldig“ zu machen. Oft genug ist er dann das Ziel von Ra-che, Vergeltung oder finanzieller Wiedergutmachung, während die Patientin endlich als arm, unschuldig. bedauernswert oder ärgerlich dastehen kann. Es erfolgt eine überdeutliche Aufspaltung von An-teilen, die bei der Patientin verdrängt und ungeliebt vorhanden sind. Diese ungeliebten Anteile des Versagens, der Aggression, Wut, Är-ger, Angst, etc. sind dann nur mehr auf Seiten des Arztes, der dafür die Konsequenzen tragen soil.

Durch meine psychotherapeutische Tätigkeit konnte ich nicht mehr an diesem Phänomen der Übertragung und Gegenübertragung vorbeigehen. In alien Arbeitsbereichen. wo Menschen miteinander arbeiten, ist mittlerweile die Erkenntnis verbreitet. daß es keine einseitigen Prozesse, sondern immer nur einander beeinflussende In-teraktionen gibt. Die Entwicklungspsychologie hat erkannt, daß z. B. nicht nur die Mutter das Kind, sondern auch das Kind die Mutter und auch die von der Mutter gesetzten Aktionen beeinflusst. Die Sexualmedizin und Therapie arbeitet schon lange mit dem Ansatz, daß eine gestörte Sexualfunktion immer eine gestörte Kommunikation zwischen den Partnern voraussetzt. Eine Sexualstörung ist somit eine Kommunikationsstörung. Ähnlich verhält es sich bei soge-nannten medizinischen Versagen,

auch hierbei liegt eine gestörte bzw. auch pathologische Kommunikation zugrunde, an der immer mindestens zwei oder mehrere Teile mit ihrem psychischen Hintergrund beteiligt sind (Arzt – Patient – Angehörige – andere Ärzte -etc.).

Um Ihnen dieses komplizierte Geschehen nahe zu bringen, muß ich Sie kurz in die Begriffe der Kommunikation einführen, wie sie die Forscher von Palo Alto (Watzlawick, Beavin und Jackson) definiert haben.

Bei jeder Interaktion zwischen einem Sender und einem Empfänger werden bewußt und unbewußt gewisse Botschaften übermittelt, die die Natur der Beziehungen zwischen den beteiligten Personen als auch die Beziehung zu sich selbst kennzeichnen (Watzlawick, Selvini Palazzoli). Jede Kommunikation enthält neben dem Mitteilungsscharakter, der mit dem Inhalt zu tun hat, auch einen Beziehungscharakter, der die Beziehung definiert und Botschaften, wie z. B. Gefühle, Aufforderungen, Erwartungen, Haltungen, Verbote, etc., übermittelt. Diese Interaktion ist wechselseitig und verläuft kreisförmig. Die an der Interaktion der Beziehung teilhabenden Personen können sich gegenseitig nicht die Art der Beziehung aufzwingen, sondern sich nur dahingehend verführen oder verführen lassen. Jede Botschaft enthält nämlich den Vorschlag einer Definition der Beziehung und dieser Vorschlag kann angenommen, zurückgewiesen oder auch einfach nicht bestätigt werden. Es ist unmöglich, nicht zu kommunizieren! Auch ein Nichtverhalten ist ein Verhalten!

In jeder Kommunikation ist eine Definition der Beziehung enthalten, d. h. jeder Partner sucht die Beziehung in seiner Weise zu gestalten. Dies wird auch „Übertragung“ genannt. Auf diese Übertragung reagiert der andere Partner mit seiner eigenen und bestätigt, verwirft oder entwertet damit die des Partners. Dies wird „Gegenübertragung“ genannt. Eine Stabilisierung der Beziehung sollte angestrebt werden, ist dies nicht der Fall, so führen die daraus ergebenden Spannungen zu Krisen, Fehlverhalten oder Bruch. Jackson nennt diese Stabilisierung „Beziehungsregel“. Diese Regel kann sich auf Symmetrie oder Komplementarität beziehen, auch auf eine bestimmte Interpunktion gegenseitiger Beziehungsblindheit und dergleichen mehr.

Eine Rolle ist z. B. die des Sündenbocks, die ein Partner zugeordnet erhält und die er übernimmt. Eine Falle für den Arzt, in die der Sündenbockrolle festgelegt zu werden, liegt darin, daß er zuvor eine Beziehungsblindheit gegenüber dem Patienten zeigte, d. h. die Botschaften des Patienten nicht wirklich erkannte. Diese Blindheit kann zu Konflikten führen, deren Gründe als Bössigkeit, Fehlverhalten oder Sorglosigkeit interpretiert werden.

Für den Arzt wird es zur Kunst, Organe für die zwischenmenschliche Wahrnehmung zu entwickeln um nicht in diese Falle zu treten. Der Patient versucht, dem Arzt in der Übertragungssituation sein Beziehungsspiel aufzuzwingen, ihn dahin zu verführen. Dies gelingt allerdings nicht, wenn der Arzt Zugang zu seinen eigenen Wahrnehmungen, Gefühlen oder Impulsen hat, um sie in Beziehung zu der Vorgabe des Patienten zu setzen. (Beispiel: Was löst ein leidendes Ausdrück, der als stiller Vorwurf empfunden wird aus? – Aggression – d. h. der Patient verführt den Arzt zu einem Fehlverhalten – macht sich der Arzt hingegen diesen aggressiven Impuls bewußt, so erkennt er die Falle und kann eine geheime Botschaft des Patienten erkennen und andere Handlungen setzen).

Auch hier gilt der Satz: Eine gute Diagnose ist schon die halbe Therapie!

Weiters lassen sich am Austausch der Kommunikation zwei Arten der Beziehung erkennen: eine komplementäre und eine symmetrische Beziehung.

Symmetrische Beziehungen zeichnen sich durch Streben nach Gleichheit und Verminderung von Unterschieden zwischen den Partnern aus, während komplementäre Interaktionen auf sich ge-

gegenseitig ergänzenden Unterschiedlichkeiten basieren. In der komplementären Beziehung gibt der eine, der andere erhält, oder der eine lehrt und der andere lernt. Das ausgetauschte Verhalten ergänzt einander und paßt zusammen. Der eine Partner ist in einer überlegenden, der andere in einer zweitrangigen Position, das zeigt sich z. B. darin, daß der eine Ratschläge gibt und der andere sie befolgt.

Eine optimale Arzt-Patienten-Beziehung ist meistens eine komplementäre Beziehung, aufgrund der unterschiedlichen gesellschaftlichen und Kompetenzsituation. Es ist nicht etwa so, daß ein Partner dem anderen eine komplementäre Beziehung aufzwingt, vielmehr verhalten sich beide in einer Weise, die das Verhalten des anderen voraussetzt, es gleichzeitig aber auch bedingt.

Konkret heißt

das, daß der ohnmächtige Partner dem mächtigen Partner die Macht zuteilt und dieser sie auch annimmt. Eine Metakomplementarität besteht dann, wenn z. B. der eine Partner dem anderen die superiore Position einnehmen läßt oder ihn sogar dazu zwingt. In ähnlicher Weise kann man auch von Pseudo-symmetrie sprechen, wenn eine symmetrische Beziehung gestattet oder auch aufgezwungen wird. Sie erleben das z. B. bei Angehörigen des Patienten oder bei Ärzten als Patienten. In diesen Konstellationen liegt auch ein Grund für ärztliches Fehlverhalten, neben der Beziehungsblindheit und dem Übertragung-Gegenübertragungsphänomen.

Beanspruchen beide Partner das Recht auf Führung und Kompetenz, so kann es zu „symmetrischen Eskalationen“ führen, die als Konkurrenz und den damit verbundenen Fallen ablaufen. Das Mißbehagen kann als Protest, Verzweiflung und mangelnden Compliance auftreten. Schiebt der Patient dem Arzt jegliche Verantwortung zu, so ist die Beziehung metakomplementär und der Arzt gerät in die Falle der offenkundigen Anpassung des Patienten, was wiederum einen rückmeldenden, notwendigen Informationsaustausch über Inhalt und Beziehung verhindert.

Ein Symptom ist ein Kommunikationsmittel und sollte als solches wahrgenommen und beachtet werden. Sie sehen, wie vielen Fallen man im Umgang mit Patienten ausgesetzt ist. Um diesen Fallen auszuweichen, bedarf es einer gezielten Schulung, eines bewußten Einlassens und Hinhörens auf den Patienten, eines Prozesses, bei dem man sich im Gespräch immer wieder überprüft und auch die Beziehung erkennt. Man darf dabei nicht außer acht lassen, daß jeder Mensch sein Grundmuster mit sich herumschleppt und das einem Situationen konstruieren läßt, in denen man sein „Schicksal“ erfüllen lassen und die Verantwortlichkeit noch dazu einem anderen zuschieben kann.

Ich denke, es ist an der Zeit, daß Ärzte sich in der Interaktion nicht nur als Täter sehen, sondern auch als Opfer, genauso, wie auch der Patient Täter und Opfer zugleich sein kann. Diese Wahrnehmung und Denkweise sollte Eingang finden, wenn sich Patient und Arzt vor einem Anwalt wiederfinden und ein neuer Partner in das Kommunikationskarussell eingestiegen ist.

Literatur beim Verfasser.