

Journal für
Urologie und Urogynäkologie

Zeitschrift für Urologie und Urogynäkologie in Klinik und Praxis

**Komplexität versus Reduktion als
Balanceakt in der Kommunikation
zwischen Arzt und Patienten mit
erektile Dysfunktion**

Pfeffer M, Dunzinger M

Journal für Urologie und

Urogynäkologie 2001; 8 (Sonderheft

4) (Ausgabe für Österreich), 12-15

Homepage:

www.kup.at/urologie

**Online-Datenbank mit
Autoren- und Stichwortsuche**

Indexed in Scopus

Member of the



www.kup.at/urologie

Krause & Pachernegg GmbH · VERLAG für MEDIZIN und WIRTSCHAFT · A-3003 Gablitz

P. b. b. 022031116M, Verlagspostamt: 3002 Purkersdorf, Erscheinungsort: 3003 Gablitz

Erschaffen Sie sich Ihre ertragreiche grüne Oase in Ihrem Zuhause oder in Ihrer Praxis

Mehr als nur eine Dekoration:

- Sie wollen das Besondere?
- Sie möchten Ihre eigenen Salate, Kräuter und auch Ihr Gemüse ernten?
- Frisch, reif, ungespritzt und voller Geschmack?
- Ohne Vorkenntnisse und ganz ohne grünen Daumen?

Dann sind Sie hier richtig



KOMPLEXITÄT VERSUS REDUKTION ALS BALANCEAKT IN DER KOMMUNIKATION ZWISCHEN ARZT UND PATIENTEN MIT EREKTILER DYSFUNKTION

Summary

Lack of time is quite a problem in our present community. The daily work of social service jobs, psychologists, medical doctors and psychotherapists is documented by organizations involved in interpersonal communication and relationship building. General practitioners of health service companies as well as doctors in clinical surgeries are bound to very narrow time margins and it seems nearly impossible to spend more time for particular problems demanding specific understanding. Patients with functional disturbances such as erectile dysfunction need confidential environments in order to overcome their shame and discuss the problem with the

doctor. The time barriers in our job situation and system are often the cause for discontent (dissatisfaction) and uneasiness between patients and doctors. The question arises how the interpersonal relationship between both parties could be improved by setting and/or background conditions to gain satisfying cooperation. The purpose of this study (work, examination, investigation) is to clearly state the mentioned dilemma, reflect and review the role and the responsibility of the medical doctor, determine patterns for interpersonal communication and relationship between medical doctors and patients with erectile dysfunctions which constitute a possible solution to improve the present situation.

EINLEITUNG

Patienten mit sexuellen Funktionsstörungen organisieren sich als Problemlösungshilfe einen Arzt. Im Vorfeld dieses ersten Schrittes entwickelt der Betroffene eine Erwartungshaltung diesem Helfersystem gegenüber. Zumeist erhofft er sich im Gespräch in erster Linie Verständnis, eine adäquate Erklärung seitens des Mediziners, mit der er sich identifizieren kann und zu guter Letzt eine entsprechende Therapie, die sein Symptom verschwinden läßt. Er erwartet, daß man ihm zuhört, und man seine Bedeutungsgabe der Symptomatik versteht. Bei sexuellen Funktionsstörungen handelt es sich um ein sehr intimes und hochsensibles Thema. Eine alltägliche Kommunikation darüber wird eher vermieden. Sexualität betrifft im Regelfall zwei Personen, das bedeutet, daß die Dimension des privaten Umfeldes des Patienten ebenso zu berücksichtigen ist. So ist es Wunsch des Patienten, daß ihm der Arzt ausreichend Zeit im Gespräch zur Verfügung stellt. Wird diese Erwartungshaltung nach einem entsprechenden Dialog nicht erfüllt, erzeugt der Patient unweigerlich eine Enttäuschung. Die Auswirkungen dieser Enttäuschung können in weiterer Folge Konsequenzen nach sich ziehen, wie zum Beispiel Unzufriedenheit, Frustration, bis hin zur Resignation.

Wir Schulmediziner sind im gegenwärtigen Gesundheitssystem an starre institutionelle Strukturen gebunden. Ständig zunehmende organisatorische Anforderungen und Managementaufgaben im

ZUSAMMENFASSUNG

Zeitmangel ist ein gegenwärtiges Problem unserer modernen Gegenwart. Im Alltag von Helferberufen, wie Psychologen, Ärzten, Psychotherapeuten, zeigt sich – eingebettet in Organisationen – die Beziehungsgestaltung zu Patienten als Herausforderung. Sowohl Kassenärzte, wie auch Mediziner im klinischen Alltag sind strukturell an ein enges Zeitmuster gebunden, in dem es beinahe unmöglich erscheint, für spezielle, viel Verständnis erfordernde Themen ausreichend Zeit aufzubringen. Patienten mit sexuellen Funktionsstörungen, z. B. erektiler Dysfunktion, brauchen ein entsprechendes Klima, um ihre Scham zu überwinden und offen über ihre Probleme mit dem Arzt sprechen zu können.

Die zeitlichen Grenzen in unseren beruflichen Systemen führen dazu, daß sich Patienten und Ärzte oftmals unzufrieden fühlen. Es stellt sich die Frage: Wie kann die Arzt-Patienten-Beziehung und umgekehrt die Patient-Arzt-Beziehung unter diesen Rahmenbedingungen so gestaltet werden, daß Kooperation gelingt?

Ziel dieser Arbeit ist es, das geschilderte Dilemma zu beleuchten, die Rolle und Funktion des Mediziners zu reflektieren, Kommunikationsmuster zwischen Arzt und Patient mit erektiler Dysfunktion zu erarbeiten, und eventuelle Lösungsmöglichkeiten darzustellen.

schulmedizinischen Alltag stehen in großer Diskrepanz zu den vorhandenen Zeitressourcen. Das bedeutet, daß die Zeit für die Betreuung unserer Patienten immer mehr reduziert wird. Diese Problematik betrifft nicht nur Mediziner im klinischen Kontext, sondern auch die Mediziner in Kassenpraxen. Ein weiteres Dilemma scheint zu sein, daß zwar die einzelnen medizinischen, diagnostischen Leistungen entsprechend vom Gesundheitssystem honoriert werden, jedoch nicht das Gespräch und die Zeit.

Auch der Schulmediziner hat seine persönliche Erwartungshaltung an den Patienten. So wünscht er sich, daß der Patient zuhört, seine Erklärungen versteht und seine therapeutischen Ratschläge befolgt. Entspricht der Patient nicht diesen Erwartungen, so erzeugt auch der Arzt Enttäuschung. In weiterer Folge schreibt der Arzt den Patienten ein Non-Compliance-Verhalten zu.

Reflektiert man beide Seiten, die des Patienten und die des Arztes, so fällt auf, daß beide Beteiligten symmetrisch Erwartungshaltungen und Erwartungsenttäuschungen entwickeln.

ROLLE UND FUNKTION DES MEDIZINERS

Mit der Zeit hat sich auch die Rolle und Funktion des Mediziners verändert. Bisher hatte der Arzt die Aufgabe eines Reperateurs, eines Krankheitsexperten, ausgestattet mit einem hohen Pathogenesewissen, mit der Absicht Krankheiten zu behandeln

und sie kurativ zu bekämpfen. Die nahezu alleinige Verantwortung und Kontrolle über Heilung übernahm der Arzt. Dadurch entstand auf der Beziehungsebene ein Abhängigkeitsverhältnis des Patienten gegenüber dem Arzt. Die Sichtweise des Patienten hatte eigentlich eine untergeordnete Bedeutung. Mit dem hochentwickelten Wissensstand über Krankheitsursachen ist das Gesundheitsbewußtsein der Bevölkerung enorm gestiegen, mit der Konsequenz, daß sich eine kurative Medizin hin zu einer präventiven Medizin entwickelt hat. Die damit veränderte Rolle eines Mediziners ist heute und auch zukünftig Gesundheitsexperte und Life-Style-Berater, mit der primären Absicht, Gesundheit zu erhalten, im Sinne der Prävention und der Prophylaxe. Unter diesem Gesichtspunkt der ärztlichen Beratung gewinnt die Sichtweise des Patienten zunehmend an Bedeutung. Das heißt, der Patient übernimmt die Verantwortung und Kontrolle für seine Gesundheit in einem hohen Maße selbst.

KOMMUNIKATIONSMUSTER ZWISCHEN ARZT UND PATIENTEN MIT EREKTILER DYSFUNKTION

Im medizinischen Kontext, dort wo Arzt-Patienten-Gespräche stattfinden, könnte es sinnvoll sein, Kommunikationsformen genauer zu reflektieren. Kommunikation bedeutet, die Kompetenz und Fähigkeit zu besitzen, eine verbale und nonverbale Sprache zu verwenden. Unter „Erzähltes Leben“ soll hier verstanden wer-

den, was in die Kommunikation zwischen Menschen eintreten kann. Dies kann eine Erzählung oder Schilderung im wörtlichen Sinne sein, aber auch Handlungen, die sich auf der nonverbalen Ebene bewegen. Also alles, was von einem Beobachter, Zuhörer, von einer am Prozeß beteiligten Person beschrieben und auch mit einer Bedeutung / Interpretation versehen werden kann [1]; oder kurz gefaßt: Menschliche Systeme sind sprachliche, soziale Systeme. Probleme werden immer in Kommunikation erschaffen, folglich können auch Lösungen nur sprachlich entwickelt werden [2].

Individuen und soziale Systeme stehen ständig vor der Herausforderung, verschiedene Situationen zu beschreiben, erklären und bewerten zu müssen [1]. In sozialen Interaktionen wird aus dem Beschreibenden ein Beschriebener, aus dem Erklärenden einer, der sich erklären muß, und aus dem Bewertenden ein Bewerteter. Aus diesem nie endenden Prozeß erwächst schließlich die Lebenserzählung, die „Geschichte, die der Mensch für sein Leben hält“ [3]. Ebenso erzählen Ärzte ihren Patienten oft Geschichten. Patienten mit erektiler Dysfunktion erwarten von ihren Ärzten nicht nur, daß diese ihnen ihre Symptome medizinisch erklären, sondern auch, daß sie das Ende der jeweiligen „Geschichte“ kennen. Diese Fähigkeit des Arztes nennen wir Prognose. In Tolstois „Der Tod des Iwan Iljitsch“ fragt Iwan einen seiner Ärzte: „Sagen Sie mir, sind diese Beschwerden gewöhnlich bedrohlich oder nicht?“ Iljitsch will nicht wissen, ob seine Beschwerden auf eine Wanderniere zurückzuführen sind, was sein Arzt offenbar als eine intellektuel-

le Herausforderung ansieht, sondern Iljitsch will das Ende der Geschichte wissen: „Ist dieser Fall bedrohlich oder nicht?“ Patienten sind immer an einer Prognose interessiert. Schließlich dreht es sich hier um ihre Lebensgeschichte, in der sie die Helden sind. Ärzte sind vor allem an der Diagnose interessiert [4]. Sie sind nur Leser der Geschichte eines anderen [5]. In einem zeitgemäßen Dialog entwickelt sich der Arzt zum Autor der Patientengeschichte.

Im Bereich der Sexualität gestaltet sich insofern der Dialog zwischen Arzt und Patient als schwierig, weil bei diesem Thema unweigerlich auch die Scham und Scheu des Mediziners eine Rolle spielt. Das heißt, daß viele Ärzte es vermeiden, offen über Sexualität mit ihren Patienten zu kommunizieren. In einem Gespräch mit einem ED-Patienten sind sie aber damit konfrontiert.

EVENTUELLE LÖSUNGSMÖGLICHKEITEN

Unter dem Gesichtspunkt eines Beratungsgesprächs können wir davon ausgehen, daß im Rahmen der Lebensgeschichte des Patienten dieser bereits Erfahrungen in bezug auf Krankheit und / oder Gesundheit gesammelt hat, also auch im Laufe seines Leben subjektive Krankheitstheorien und subjektive Gesundheitstheorien entwickelt hat. Betrachtet man die medizinische Seite, findet sich nicht nur die persönliche, subjektive Krankheits- / Gesundheitstheorie, sondern aufgrund seines erlernten, medizinischen Wissens

entwickelt der Mediziner auch eine objektive Krankheits- / Gesundheitstheorie. Ein Lösungsansatz wäre, beide Theorien, die des Arztes und die des Patienten, einander verständlich und nachvollziehbar zu machen, um so eine gemeinsame kooperative Ebene zu finden. Aus psychotherapeutischer Sicht ist anzumerken, daß Verstehen und Nachvollziehen nicht Zustimmung bedeutet, vielmehr geht es hier um die Akzeptanz des Erzählten [6]. Es wäre weiter sinnvoll, ärztliche Hypothesen, die vom Patienten nicht bestätigt werden, zu verwerfen. Unter Hypothesisieren versteht man das, was sich ein Berater/Arzt denkt, wenn er Informationen über ein Problem erhält. Die so gefundene Hypothese soll dann durch Nachfragen überprüft und, wenn vom Ratsuchenden nicht als passend empfunden, wieder fallengelassen werden. Hypothesisieren wird weiter in seiner etymologischen Bedeutung so verstanden, daß eine Hypothese eine Annahme ist, die Richtigkeit oder Unrichtigkeit ausschließt: die Hypothese an sich ist weder richtig noch falsch, sondern mehr oder weniger nützlich. Über die Nützlichkeit bestimmt aber nicht nur der Arzt/Berater alleine, sondern Arzt/Berater und Patient/Ratsuchender gemeinsam [7].

Konkret können im Behandlungsgespräch vom Arzt Fragen gestellt werden, die ihm ermöglichen, die subjektive Krankheitstheorie zu erfahren, sie zu verstehen, und gleichzeitig dem Patienten das Gefühl zu vermitteln, er wird verstanden und seine Autonomie wird wahrgenommen.

Fragen nach der subjektiven Krankheitstheorie des Patienten:

Fragebeispiele: „Wie erklären Sie sich Ihre erektile Dysfunktion?“ „Wie erklärt sich das Ihre Partnerin?“ (Patienten beschreiben Kontexte, Personen, organische Aspekte, sonstige Aspekte) oder: „Haben Sie eine Vermutung oder eine Phantasie, wie es dazu kommt?“

Geht man davon aus, daß der Patient eine subjektive Krankheitstheorie zu Verfügung hat, ist anzunehmen, daß sich auf der Ebene der Gesundheit ebenfalls Ressourcen befinden.

Frage nach der subjektiven Gesundheitstheorie:

Fragebeispiel: „Glauben Sie, Sie können Ihre Situation beeinflussen?“ „Wie schätzt die Partnerin Ihren Einfluß ein?“ oder: „Denken Sie, daß Einflußnahme relevant für ihre Gesundheit ist?“

SCHLUSSFOLGERUNG

In der Kommunikation zwischen Arzt und Patient ist eine Anknüpfung an die subjektive Krankheitstheorie des Patienten wichtig. Dazu genügt es, die Frage nach der Erklärung für die Symptome des Patienten zu nutzen. Durch diese Frage gestaltet der Arzt einerseits eine kooperative Beziehung, andererseits respektiert er die Autonomie des Patienten. So ist es möglich, ein gemeinsames Ziel, die Gesundheit des Patienten, durch beiderseitige Aktivität zu erreichen. Aus systemtherapeutischer Sicht könn-

te hier Non-Compliance-Verhalten eines Patienten durch Nicht-Ankoppelungsverhalten des Mediziners betrachtet und verstanden werden.

Literatur:

1. Retzer A. Familie und Psychose. Gustav Fischer-Verlag, Stuttgart-Jena-New York, 1994; 17–25.
2. Pfeffer M. Die andere Seite des Problems: Systemische Lösungen bei sexuellen Funktionsstörungen. WMW 2000; 150: 21–3.
3. Schumacher B. Kommunikation in Beratungssituationen als balancierte Unterschiedsproduktion. In: Familiendynamik. Klett-Cotta, Stuttgart, 1997; 1: 83–113.
4. Dunzinger M. Diagnostik der erektilen Dysfunktion. WMW 2000; 150: 8–10.
5. Ratzan RM. Medizin in Literatur und Kunst. Könenmann-Verlag, Köln, 1994; 25–8.
6. Maturana HR, Varela F. Baum der Erkenntnis, die biologischen Wurzeln des menschlichen Erkennens. Scherz-Verlag, Bern-München-Wien, 1987.
7. Selvini-Palazzoli M, Boscolo L, Cecchin G, Prata G. Hypothesieren – Zirkularität – Neutralität: Drei Richtlinien für den Leiter der Sitzung. In: Familiendynamik. Klett-Cotta, Stuttgart, 1981; 2: 105–22.



Michelle Pfeffer

Geboren 1961 in Manchester, England. 1990 Sozial- und Berufspädagogin, 1995 Psychotherapeutin (systemische Familientherapie, Hypnotherapie 2000). 1997 Supervisorin und Coacherin. In freier Praxis seit 1995. Ausbildung im Klinischen Kontext (Neurologie und Psychiatrie) 1993 und 1999/2000. Schwerpunkte: Familientherapie, Paartherapie, Einzeltherapie; Supervision und Coaching im psychosozialen Kontext und in Gesundheitsorganisationen (Krankenhäuser). Organisation und Teamentwicklungsberatung in der Wirtschaft, Coaching für Führungskräfte. Praxisgemeinschaft U.P.G. (Urologie-Psychotherapie-Gynäkologie).

Korrespondenzadresse:

M. Pfeffer, Dr. M. Dunzinger
Praxisgemeinschaft U.P.G.
A-4020 Linz, Landstraße 76/3
E-mail: m.pfeffer@upg.at

Mitteilungen aus der Redaktion

Besuchen Sie unsere zeitschriftenübergreifende Datenbank

[Bilddatenbank](#)

[Artikeldatenbank](#)

[Fallberichte](#)

e-Journal-Abo

Beziehen Sie die elektronischen Ausgaben dieser Zeitschrift hier.

Die Lieferung umfasst 4–5 Ausgaben pro Jahr zzgl. allfälliger Sonderhefte.

Unsere e-Journale stehen als PDF-Datei zur Verfügung und sind auf den meisten der marktüblichen e-Book-Readern, Tablets sowie auf iPad funktionsfähig.

[Bestellung e-Journal-Abo](#)

Haftungsausschluss

Die in unseren Webseiten publizierten Informationen richten sich **ausschließlich an geprüfte und autorisierte medizinische Berufsgruppen** und entbinden nicht von der ärztlichen Sorgfaltspflicht sowie von einer ausführlichen Patientenaufklärung über therapeutische Optionen und deren Wirkungen bzw. Nebenwirkungen. Die entsprechenden Angaben werden von den Autoren mit der größten Sorgfalt recherchiert und zusammengestellt. Die angegebenen Dosierungen sind im Einzelfall anhand der Fachinformationen zu überprüfen. Weder die Autoren, noch die tragenden Gesellschaften noch der Verlag übernehmen irgendwelche Haftungsansprüche.

Bitte beachten Sie auch diese Seiten:

[Impressum](#)

[Disclaimers & Copyright](#)

[Datenschutzerklärung](#)