

Signale im gelben Bereich

R. Marelli, Präsident der Schweizerischen Gesellschaft für Versicherungspsychiatrie

Bekannt ist die Gefahr der Chronifizierung körperlicher Affektionen, welche mit psychischen Störungen und sozialen Schwierigkeiten einhergehen. Sie stehen in den letzten Jahren mehr und mehr am Beginn für den einzelnen Betroffenen und die Gesellschaft fataler Entwicklungen in die Invalidität. Im Umgang mit diesen Patienten ist die Kooperation von Ärzten, Rehabilitationsfachleuten und Juristen gefragt. Der folgende Artikel soll anhand einer Checkliste von «Signalen im gelben Bereich» eine Hilfe bieten, rechtzeitig die relevanten Risikofaktoren zu erkennen, um die notwendigen diagnostischen, therapeutischen und rehabilitativen Schritte einzuleiten. Je besser der Fall mit seinen somatischen, psychischen und sozialen Aspekten erkennbar wird, desto besser ist er medizinisch und rehabilitativ zu führen, und desto zuverlässiger lassen sich Schlüsse daraus ziehen, wie er für alle Beteiligten versicherungsrechtlich konstruktiv zu beurteilen ist.

Krankheitsorientierte versus problemorientierte Gesprächsführung

Der Arzt* wendet üblicherweise eine krankheitsorientierte Gesprächsführung an. Beginnend bei der Anamnese, liefert der Patient durch seine Schilderung der Beschwerden und deren Verlauf wesentliche Bausteine für die Diagnose, die vom Arzt hinsichtlich der medizinischen Relevanz vom subjektiven Beiwerk der persönlichen Schilderung befreit werden [1]. Bereits zu Beginn des Gesprächs können dabei wertvolle «Signale im gelben Bereich» der ärztlichen Zensur zum Opfer fallen. Der gelbe Bereich ist hier gemeint als diejenige Zone, wo der Patient die naturwissenschaftlich strikt nachvollziehbare Schilderung einzelner Symptome verlässt und von ihm selber mehr oder minder bewussten, manchmal diffusen Empfindungen spricht. Im günstigen Fall ist er fähig, sein Anliegen symbolisch oder in der Sphäre des Imaginären auszudrücken. Hier gilt es, besonders gut hinzuhören, um das lateinische *symbolus*, das bei den Römern als Erkennungszeichen diente, welches zwischen zwei Personen ausgetauscht wurde, nicht zu verpassen. Oder aber der Patient berichtet von ihm sehr bewussten und bedrückenden Umständen, von denen sich der Arzt in seiner diagnostischen Absicht abgelenkt wähnt und aus diesem Grund ebenfalls geneigt sein kann, die Signale zu übergehen. Gelingt es jedoch, die hintergründigen Signale zu verstehen, erhält der Arzt wichtige Informationen über die Störung des Patienten, die die aufwendigsten technischen Abklärungen

nicht ergeben können. Das krankheitsorientierte Gespräch nimmt eine Wende zum problemorientierten Gespräch und gibt Einblicke in die grösseren biopsychosozialen Zusammenhänge.

Während in der diagnostischen und therapeutischen Arbeit solche Erkenntnisse in die tägliche Arbeit eingeflossen sind, scheinen sie bei der Beurteilung und Einschätzung der Arbeitsfähigkeit in den Hintergrund zu treten, wenn nicht sogar vergessen zu werden. Woran mag das liegen? Schon vor etlichen Jahren haben Gilliéron und Carron [2] zwei interessante, sich ergänzende Thesen aufgestellt, die sich heute zumindest teilweise zu bestätigen scheinen. Sie befanden, dass beim Vorliegen gesellschaftlicher Schwierigkeiten (berufliche Konflikte, bedrohter Arbeitsplatz) der Betreffende häufig eine Lösung im medizinischen Bereich suche und dass im umgekehrten Fall, das heisst bei emotionellen oder psychischen Schwierigkeiten, er häufig an eine Sozialeinrichtung verwiesen werde. Paradoxerweise kompliziere gerade der Wechsel des Systems die Dinge am meisten. Die Lösung der Problematik werde am falschen Ort, im falschen System gesucht, was zu Missverständnissen führe und für die Lösung hinderlich sei.

Die zweite These erscheint dank Aufklärung und Enttabuisierung psychischer Schwierigkeiten obsolet, hingegen hat in jüngerer Zeit Murer [3] anhand seiner Untersuchungen bestätigen können, dass «Mischzustände» sozialer und medizinischer Art, eine Mischung von gesundheitlichen und nichtgesundheitlichen Problemen, zunehmend am Beginn fataler Entwicklungen in die Invalidität stehen. Je nach geltenden soziokulturellen Regeln hat der Patient vermutlich zuerst seinen Arzt aufgesucht und über somatische Beschwerden geklagt, als er in einer psychischen oder sozialen Krise steckte, die sein existentielles Gleichgewicht bedrohte. Der von aussen vorgegebene Ausweg wird dabei vom Patienten und seinem Arzt, oft auch unter dem Druck belastender äusserer Umstände, in der Versicherung gesehen. Murer postuliert zu Recht, dass mit Blick auf die Versicherungsfälle unklarer Kausalität die Zielsetzung darin bestehen muss, durch eine enge Kooperation von Medizinern, Juristen, Rehabilitationsfachleuten und Arbeitgebern möglichst viele Versicherte ins Erwerbsleben zurückzubringen.

* Der besseren Leserlichkeit halber wird im Text die männliche Form verwendet, gemeint sind aber immer beide Geschlechter.

Korrespondenz:
Dr. med. Renato Marelli
Leonhardsstrasse 16
CH-4051 Basel
Tel. 061 272 18 21
Fax 061 261 26 02
E-Mail: renato.marelli@bluewin.ch

Während Murer sich als Jurist auf den Begriff des medizinisch-sozialen «Mischzustands» beschränkt, scheint es aus ärztlicher Sicht getreu dem biopsychosozialen Krankheitsmodell angebracht, den Begriff auszuweiten respektive zu ergänzen und von biopsychosozialen «Mischzuständen» respektive Störungen zu sprechen. Sie erfordern eine besondere, erweiterte Zusammenarbeit zunächst schon auf medizinischem Gebiet zwischen somatisch und psychiatrisch-psychotherapeutisch tätigen Ärzten. Voraussetzung für diese Form von Interdisziplinarität ist, dass der behandelnde somatische Arzt, als erster Ansprechpartner der betroffenen Person, sich einen Überblick über mögliche Zusammenhänge verschafft, die sich in den Klagen des Patienten niederschlagen.

Dem somatisch tätigen Arzt sollen die folgenden, in Form von Checklisten aufgeführten «Signale im gelben Bereich» ermöglichen, mit einem Screening die kritischen Fälle frühzeitig zu erkennen, um solche ungünstigen Systemwechsel, die zu Fehlentwicklungen führen können, nach Möglichkeit zu vermeiden und die entsprechenden Weichen zu stellen.

«Signale im gelben Bereich» beim Patienten

Als Warnsignale beim Patienten sind alle ungewöhnlich stark ausgeprägten Affekte anzusehen, wie

- ausgeprägte Angst, Traurigkeit, Unleidlichkeit, Gespanntheit, Aggressivität.
- Damit verbunden sind oft hypochondrische Befürchtungen, innere Unruhe, abnorme Müdigkeit, Rückzugstendenzen oder sinnlos erscheinendes Agieren, wiederkehrende Forderungen, Enttäuschung, verbunden mit funktionellen Störungen, unter anderem Kopfschmerzen vom Spannungstyp, unklare Schmerzen über dem Schultergürtel und weitere funktionelle Störungen.
- Auch andere relevante psychische Symptome sind zu beachten, zum Beispiel paranoide Vorstellungen oder vehementes Ablehnen jeder psychischen Problematik, Therapieabbrüche, «illness behaviour» und nicht zu vergessen Selbstbeschädigungstendenzen bis hin zu Artefakten.

Auch den im Gespräch zwischen Arzt und Patient aufkommenden emotionalen Regungen des Arztes ist gehörige Beachtung zu schenken. Er führt üblicherweise als teilnehmender Beob-

achter das Gespräch, ist sich aber weniger gewohnt, dabei auch seine eigenen im Gespräch aufkommenden Gefühle bewusst wahrzunehmen. Die Phänomene der Übertragung und Gegenübertragung sollen aber ernst genommen werden, sie können ein wertvolles Instrument beim Suchen nach Konflikten und psychosozialen Belastungen sein und sind demzufolge ebenfalls als «Signale im gelben Bereich» zu verstehen. Ein Mindestmass an Selbstkenntnis ist dabei allerdings vonnöten, um genuin eigene Gefühle des Arztes von solchen des Patienten zu unterscheiden. Die Intervention in Gruppen oder die Teilnahme an Balint-Gruppen kann dabei sehr hilfreich sein.

«Signale im gelben Bereich» beim Arzt

Als Warnsignale beim Arzt können folgende Gefühle aufgefasst werden, wenn sie gehäuft oder als einzelne Emotion besonders stark ausgeprägt vorkommen:

- Mitleid;
- Barmherzigkeit;
- Verpflichtungsgefühl;
- zwiespältiges Gefühl;
- stark wechselnde Gefühle der Zuneigung und der Abneigung;
- Abneigung und Ärger;
- Frustration;
- Aggression;
- Enttäuschung;
- Ohnmacht.

Diese vom Arzt während des Gesprächs mit dem Patienten bei sich unüblich stark ausgeprägt wahrgenommenen Gefühle können als Hinweise darauf dienen, dass nicht somatisch-medizinische Faktoren am Krankheitsgeschehen beteiligt sind.

Schliesslich empfiehlt sich, auch nach Besonderheiten im sozialen Umfeld zu suchen.

«Signale im gelben Bereich» im sozialen Umfeld

Nahe Bezugspersonen

- Wie geht die Familie oder der Partner mit dem Patienten um?
- Sind die Sozialkompetenzen des Patienten im familiären Umfeld erhalten?
- Finden sich invalide Personen in der Familie, die eine Vorbildfunktion haben könnten?

Freizeit, Freunde und Bekannte

- Bestehen noch Aktivitäten, die in der Freizeit ausgeübt werden?
- Werden die ausserhäuslichen Kontakte weiter gepflegt?

Arbeitsplatz

- Besteht Interesse des Arbeitgebers, den Patienten weiter zu beschäftigen?
- Sind Konflikte am Arbeitsplatz entstanden? Wie verstand sich der Patient mit seinen Kollegen und Vorgesetzten?

Psychosoziales Screening und interdisziplinäre Zusammenarbeit

Sind Signale im gelben Bereich aus allen drei Ebenen vorhanden oder finden sich einzelne, aber besonders ausgeprägte Signale in einer oder zwei Ebenen, sollte vom somatisch tätigen Arzt die Zusammenarbeit mit dem Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie gesucht werden. Wichtig ist dabei die interdisziplinäre Zusammenarbeit und nicht einfach die Überweisung des Patienten. Er soll nicht das Gefühl vermittelt erhalten, man greife nach der Ultima ratio, und schon gar nicht soll er sich abgeschoben vorkommen. Durch die Zusammenarbeit zwischen zwei Ärzten wird überdies die iatrogene «Somatisierung» vermieden, die Fixierung des Patienten auf somatische Symptome durch Assimilation in sein laienhaftes Krankheitskonzept oder auf der anderen Seite unbefriedigende, symptomorientierte, inadäquate medizinische Massnahmen. Als erfolgreich haben sich dabei etablierte Kooperationsmodelle zwischen Hausärzten und Psychiatern erwiesen. Der vorbestehende institutionalisierte Kontakt zwischen den Disziplinen erleichtert den fachlichen Austausch im konkreten Fall.

Das weitere Vorgehen

Das Procedere kann demzufolge darin bestehen, bei Auftreten von «Signalen im gelben Bereich» den Patienten unabhängig von seinen gerade

aktuellen Beschwerden oder dem medizinischen Bedarf einzubestellen, im Sinne der zeitkontingenten und nicht symptomkontingenten Konsultation, ihn über die bisher gewonnenen Befunde und Einsichten des Arztes zu informieren und ihm die Zusammenarbeit mit dem psychiatrisch und psychotherapeutisch tätigen Kollegen vorzuschlagen. Das weitere Vorgehen wird sich nach den bekannten Regeln richten, wie der ärztliche Umgang mit somatoformen Störungen zu erfolgen hat [4].

Bestehen Hinweise auf ausgeprägte soziale Schwierigkeiten, ist überdies an den Beizug eines Fallmanagers zu denken. Schliesslich ist im Falle der Zuständigkeit einer Versicherung auch die Funktion dieses Kostenträgers zu definieren.

Unabdingbar ist die Entwicklung eines klaren interdisziplinären, biopsychosozialen Behandlungskonzeptes, das die objektiven Bedürfnisse des Patienten ernst nimmt, ohne auf Bagatell-diagnosen und therapeutische Alibiübungen auszuweichen. In ein solches Behandlungskonzept lassen sich auch die Konsequenzen im Hinblick auf die Arbeitsfähigkeit oder generell der Versicherung einfügen. Gemeinsame, laufend erarbeitete realistische Zielvereinbarungen zwischen dem Arzt, dem Patienten und dessen sozialen Bezugspersonen wirken unterstützend.

Literatur

- 1 Blunk R. Das körperliche Beschwerdeangebot psychosomatisch Kranker als Zugangsweg zum inneren Konflikt. In: Studt HH (Hrsg.). Psychosomatik in der inneren Medizin. Berlin: Springer; 1986. S. 21-7.
- 2 Gilliéron E, Carron R. Der Arzt, sein Patient und die Sozialversicherungssysteme. *Folia Psychopraetica Roche* 1982;(18):1-20
- 3 Murer E. Qualität und Interdisziplinarität. Vortrag zur Gründung der Swiss Insurance Medicine, Interessengemeinschaft Versicherungsmedizin Schweiz, am 4. September 2003 in Bern. Schweiz *Ärztezeitung* 2003;84(44):2312-4.
- 4 Kopp HG, Willi J, Klipstein A. Im Graubereich zwischen Körper, Psyche und sozialen Schwierigkeiten. Teil I: Neue Entwicklungen in der Diagnose und Therapie von somatoformen Störungen. *Schweiz Med Wochenschr* 1997; 127(34):1380-90.