

Ärztliche Gesprächsführung

Ziele:

- Konsens und ein Arbeitsbündnis zwischen Arzt und Patient
- Informationsgewinnung über den Patienten
- Informierung des Patienten
- Sicherung der Compliance

Grundhaltungen des Therapeuten für die klientenzentrierte Gesprächsführung:

1. **Echtheit (Selbstkongruenz)**
2. **positive/unbedingte Wertschätzung**
3. **Empathie** (einführendes Verständnis)
4. Förderung der **Introspektionsfähigkeit**

Non-direktiver Gesprächsstil nach Carl Rogers:

Nur der Patient kann letztendlich entscheiden, was richtig oder falsch für ihn ist. Der Arzt schränkt den Patienten möglichst wenig in Bezug auf die Gesprächsthemen, lobt oder tadelt nicht und gibt auch keine Ratschläge oder Anweisungen

Techniken:

Verbalisieren

Der Arzt wiederholt Gesprächsinhalte, um Verständnis zu signalisieren und dem Patienten seine Problematik nochmals darzustellen

Konfrontieren - Auf Widersprüche in den Aussagen wird hingewiesen, ohne diese jedoch zu kritisieren

Benutzen einer patientenverständlichen Sprache (keine Fachtermini)

Verwendung von „Empathieritualen“:

Äußerungen verbaler und non-verbaler Art, die Verständnis und Mitgefühl zeigen

z.B. „Ja, das kann ich gut verstehen“

Non-verbal: Sich-zum-Patienten-Hinlehnen,

Fragetypen / Beispiele

- **Offene Fragen:** Patient hat Spielraum für Inhalt und Struktur der Antwort.
z.B. „*Welches Problem führt Sie zu mir?*“
- **Ergänzungsfrage:** Folgt meist auf offene Frage. Beginnt oft mit welcher, was, wie, wo, wann
z.B. „*Wo tut es zuerst weh?*“ „*Treten die Beschwerden auch beim Sport auf?*“
- **Konfrontationsfragen:** Halten dem Patienten sein Verhalten, seine Gefühle oder frühere Aussagen entgegen. Man richtet die Aufmerksamkeit des Patienten auf ihn selbst.
z.B. „*Sie nehmen die Hochdrucktabletten regelmäßig ein, obwohl Sie sich besser fühlen, wenn Sie sie weglassen?*“
- **Reflexionsfragen:** Der Patient wird angeregt ein bestimmtes Thema nochmals zu überdenken.
z.B. „*Trinken Sie seit Ihrer Kündigung eigentlich mehr?*“

Nachteil dieser Fragetypen ist, dass der Patient unangenehmen Themen ausweichen kann. Außerdem werden thematische Abschweifungen begünstigt. Meist nehmen die Antworten viel Zeit in Anspruch.

Arztzentrierte direkte Gesprächsführung

- dient dem schnellen Sammeln von Informationen
- es werden vom Arzt viele Anweisungen und Ratschläge erteilt
- Initiativen des Patienten sind selten, scheitern häufiger

Direktiver Gesprächsstil

Festlegen der Gesprächsrichtung: Arzt gibt Themen des Gesprächs vor

Nichtbeachten des Patienten, d.h. Fragen und Einwände wird nicht oder nur unzureichend beantwortet

Funktionale Unsicherheit: Es wird vorgegeben, Untersuchungsergebnisse noch nicht zu kennen oder es wird sich auf eine andere Autorität bezogen (z.B. Chefarzt)

Adressatenwechsel: der Arzt geht plötzlich auf ein anderes Thema oder eine andere Person ein

Beziehungskommentare: d.h. es wird scheinbar auf eine Frage eingegangen, indem man der direkten Antwort ausweicht und diese auf eine andere Ebene bzw. Kompetenz verlegt wird
z.B. „Wenn ich alle Untersuchungsergebnisse habe, muss ich noch einmal nachlesen und am Ende mit dem Oberarzt entscheiden.“

Fragetypen

- **disjunktive Fragen:** Bei Ihnen schließt eine Antwort die andere aus. Eine bestimmte Anzahl von feststehenden Antworten ist vorgegeben. Man unterscheidet zwei Arten:
- **Präsumptive Fragen:** drücken eine Vermutung/Annahme aus: z.B. „*Sie wissen doch, weshalb Sie das Medikament einnehmen müssen?*“
- **Dubitative Frage:** hat einen zweifelnden Unterton: z.B. „*Glauben Sie auch, dass Ihnen diese Tabletten geschadet haben?*“
- **Suggestivfragen:** die Antwort wird prinzipiell schon vorweggenommen: z.B. „*Sind Sie sich sicher, dass Sie die Klinik gleich wieder verlassen wollen?*“

Nachteile: Der Patient hat meist nur eine limitierte Anzahl an Antwortmöglichkeiten, was häufig zu einer Einengung statt zur Vertiefung eines Themas führt. Ausserdem antworten die Patienten oft vorschnell, da sie sich zu einer schnellen Antwort gezwungen fühlen.

Zusammenfassung

- Ein gutes Arzt-Patienten-Gespräch ist eine Mischung aus direktivem und non-direktivem Stil
- Das Gespräch sollte mit mindestens einer offenen Frage beginnen
 - Patient kann die ihn belastenden Probleme im Zusammenhang darstellen
 - der Arzt zeigt Interesse und Zuwendung, Empathie verstärkt sich
- es folgt eine Vielzahl von Ergänzungsfragen
 - gegen Ende des Gesprächs kann der Stil direkter werden
 - → es müssen Diagnosen und Verordnungen gegeben werden
 - Gesprächsstil sollte situationsbedingt variiert werden
 - → bei Notfällen oder im intensivmedizinischen Bereich kann keine Zeit mit langwierigen, offenen Fragen vergeudet werden
- im allgemeinmedizinischen/psychotherapeutischen Umfeld ist ein patientenbezogener Gesprächsstil oft angemessener