

Ärztliche Gesprächsführung

Ziele:

- Konsens und ein Arbeitsbündnis zwischen Arzt und Patient
- Aufbau einer Beziehung zwischen Arzt und Patient
- Informationsgewinnung über den Patienten
- Informierung des Patienten
- Emotionale Entlastung und Stützung des Patienten
- Sicherung der **Compliance** (Kooperationsbereitschaft des Patienten bezüglich der Befolgung therapeutischer oder diagnostischer Anweisungen wie z.B. Medikamenteneinnahme, Diäteinhaltung etc.)

Ärztliche Gesprächsführung

Abhängig von der jeweiligen Situation sind **verschiedene Gesprächsstile** angemessen.

Eine **direktive Gesprächsführung** ist in z.B. in **Notfallsituationen** der richtige. Er ist gekennzeichnet durch

- die einseitige Festlegung der Gesprächsthemen
- geschlossene Fragen
- Schwerpunkte auf Fachinformationen, Ratschläge, Anweisungen

Häufig auch in der „normalen“ Arzt-Patienten-Beziehung zu finden, v.a. im Krankenhaus (z.B. Visite)

Meist jedoch günstiger ist der non-direktive, klientenzentrierte Gesprächsstil, besonders wenn eine psychische Komponente mit hineinspielt

Non-direktive Gesprächsführung nach Carl Rogers

Jeder Mensch besitzt genug Kräfte, um seine eigenen Probleme zu lösen, der Therapeut muss nur die Kräfte des Patienten freisetzen

→ lässt sich nur begrenzt auf ein beratendes Arztgespräch übertragen

Grundhaltungen des Therapeuten für die klientenzentrierte Gesprächsführung:

1. Echtheit (Selbstkongruenz):

- Der Arzt soll sich so geben, wie er ist und im Gespräch auftauchende Gefühle nicht unterdrücken oder Verbergen
- Patient schließt aus Differenz zwischen verbalem und non-verbalem Verhalten des Arztes auf dessen Kongruenz

2. positive/unbedingte Wertschätzung

- Zwei Pole:
 1. Pol
 - Den Patienten bedingungslos als eigenständige Person zu akzeptieren und zu respektieren, ohne dies von dessen Verhalten, Gefühlen etc. abhängig zu machen
 - Dem Patienten Anteilnahme und emotionale Wärme entgegenbringen
 2. Pol
 - Der Arzt zeigt dem Patienten gegenüber ein desinteressiertes, unterkühltes, ablehnendes und kritisierendes Verhalten
- Positive Wertschätzung erleichtert es dem Patienten, Vertrauen zum Arzt zu fassen
- Patient offenbart dann leichter, intime, peinliche oder sozial unerwünschte Probleme

3. Empathie (einführendes Verständnis)

- Der Arzt sollte die Gedanken, Gefühle, Sorgen und Wünsche des Patienten möglichst vollständig und zutreffend aufnehmen und verstehen
- Der Arzt sollte sich in den Patienten hineinversetzen und von diesem Blickwinkel aus dessen Situation verurteilen
- Empathisches Verhalten ist besonders in der diagnostischen Phase wichtig

4. Förderung der Introspektionsfähigkeit

- Patient soll lernen, die eigenen Gefühle besser wahrzunehmen
- Gezeigte Emotionen werden hinterfragt („Macht Sie das jetzt wütend?“)

Non-direktiver Gesprächsstil:

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. Eine längere „Zusammenhangsantwort“ ist meist erforderlich. Signalisieren Interesse und Zuwendung. Ideal zur Gesprächseröffnung
z.B. „*Welches Problem führt Sie zu mir?*“
- **Ergänzungsfrage:** Folgt meist auf offene Frage. Beginnt oft mit welcher, was, wer, wie, wo, wann
z.B. „*Wo tat 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. Er wird auf Widersprüche hingewiesen.
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 direktive Gesprächsführung

Asymmetrische Kommunikation, d.h. der Arzt hat den größten Redeanteil und bestimmt die Themen. Der Patient ist häufig nur Adressat.

- 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

Beim direktiven Gesprächsstil werden fast ausschließlich **geschlossene Fragen** benutzt, wie z.B.

- **disjunktive Fragen**: Bei Ihnen schließt eine Antwort die andere aus. Eine bestimmte Anzahl von feststehenden Antworten ist vorgegeben. Man unterscheidet zwei Arten:
 1. **Alternativfragen**: z.B. „*Traten die Schmerzen tagsüber oder während der Nacht auf?*“
 2. **Entscheidungsfragen**: z.B. „*Haben Sie immer noch Schmerzen?*“
- **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 essentiell

Arten des ärztlichen Gesprächs

Anamnese

- erste ausführliche Begegnung zwischen Arzt und Patient
- sollte als flexibler Dialog mit gleichberechtigten Partnern ausgelegt sein
- enthält meist offene Fragen und Ergänzungsfragen
- am Ende der Anamnese sollte der Arzt eine Diagnosehypothese entwickeln und weitere diagnostische bzw. therapeutische Schritte erleutern
- Anamnese ist der Ausgangspunkt und die Basis für eine Arzt/Patientenbeziehung

Visite

- für den Patienten die wichtigste Gesprächsmöglichkeit mit ihrem Stationsarzt
- aufgrund des Zeitmangels wird eher der direktive Gesprächsstil bevorzugt
- es sollte eine strikte Trennung von Kurvenvisite (auf dem Flur) und Patientengespräch (im Zimmer) erfolgen
- nur der visiteführende Arzt sollte sich mit dem Patienten unterhalten (Vermeidung von „Diskussionsrunden“)
- keine multidirektionalen Äußerungen (Adressatenwechsel)
- Rituale entkrampfen die asymmetrische Gesprächsstruktur und verstärken die Empathie (Begrüßungs-, Abschiedsritual)
- Visite sollte immer zur gleichen Zeit beginnen und nicht während den Essenszeiten stattfinden
- Appelle an die Compliance des Patienten sollten besonders vom Chef/Oberarzt vorgebracht werden

Aufklärungsgespräch

- sollte aufgrund der oft belastenden Situation (z.B. maligne Erkrankung) im symmetrischen Gesprächsstil erfolgen
- Patient muss die Möglichkeit haben, Fragen zu stellen
- Der Arzt muß auch non-verbale Regungen des Patienten registrieren und darauf eingehen
- Erst nach klarer Darstellung der weiteren gemeinsamen Zukunft und nach festgelegten weiteren Maßnahmen sollte das Gespräch enden