

LESEPROBE

Thorsten Langer · Martin W. Schnell (Hrsg.)

Grundlagen der Arzt-Patient-Interaktion

Handlungsanleitungen für die Praxis



Grundlagen der Arzt-Patient-Interaktion

Handlungsanleitungen für die Praxis

Thorsten Langer · Martin W. Schnell (Hrsg.)



Herausgeber

Priv.-Doz. Dr. med. Thorsten Langer

Klinik für Neuropädiatrie und Muskelerkrankungen
Zentrum für Kinder- und Jugendmedizin
Universitätsklinikum Freiburg
Mathildenstraße 1
79106 Freiburg
thorsten.langer@uniklinik-freiburg.de

Univ.-Prof. Dr. phil. Martin W. Schnell, M.A.

Lehrstuhl für Sozialphilosophie und Ethik
im Gesundheitswesen
Fakultät für Medizin
Universität Witten/Herdecke
Stockumer Straße 12
58453 Witten
Martin.Schnell@uni-wh.de

Sonderausgabe 2020

© 2020 ML Verlag in der
Mediengruppe Oberfranken – Fachverlage GmbH & Co. KG, Kulmbach

Druck: Generál Nyomda Kft., H-6727 Szeged

Das Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt.
Vervielfältigung, Übersetzung, Mikroverfilmung und Einspeicherung und Verarbeitung in elektronische
Systeme ist unzulässig und strafbar.

Titelbild: Photographie.eu – stock.adobe.com

www.medizin.ml-buchverlag.de

ISBN: 978-3-96474-387-9

Inhaltsverzeichnis

Vorwort	5
Einführung in das Thema	7
<i>Thorsten Langer, Martin W. Schnell</i>	

Das Gespräch mit Patienten in unterschiedlichen Disziplinen

Kommunikation in der Hausarztpraxis im Wandel des Gesundheitswesens	13
<i>Paul Jansen</i>	
Das Arzt-Patient-Gespräch in der Inneren Medizin	31
<i>Bernhard Kulzer</i>	
Aufklärungsgespräche vor chirurgischen Eingriffen	49
<i>Pia H. Kuhlmann</i>	
Das Arzt-Patientin-Gespräch in der Gynäkologie und Geburtshilfe	63
<i>Johannes Bitzer</i>	
Das Gespräch zwischen Patient, Eltern und Ärzten in der Pädiatrie	77
<i>Thorsten Langer</i>	

Fachübergreifende Aspekte

Auswirkung des Patientenrechtegesetzes auf die Arzt-Patient-Kommunikation . . .	91
<i>Peter W. Gaidzik</i>	
Patientenbeteiligung und partizipative Entscheidungsfindung	105
<i>Martin Härter, Jörg Dirmaier</i>	
Der schwierige Patient	119
<i>Ulrich Schwantes</i>	
Risikokommunikation in der Patientenversorgung	131
<i>Christin Ellermann, Christoph Wilhelm</i>	
Kommunikation bei sprachlichen und kulturellen Unterschieden	147
<i>Thorsten Langer</i>	
Gender-spezifische Aspekte des Gesprächs zwischen Arzt/Ärztin und Patient/Patientin	155
<i>Christina Klöckner-Cronauer, Marianne Schmid-Mast</i>	

Unterschiede in der Gesprächsführung mit Patienten bei chronischen und akuten gesundheitlichen Problemen	167
<i>W. Burger</i>	
Reden ist Gold – Kommunikation nach einem Zwischenfall	181
<i>Hedwig François-Kettner</i>	
Das Gespräch zur Feststellung des Patientenwillens am Lebensende	197
<i>Martin W. Schnell</i>	
Schlechte Nachrichten überbringen. Ein Beitrag aus klinisch-ethischer Perspektive .	207
<i>Jan Schildmann, Eva Schildmann</i>	
Psychiatrische und psychosomatische Aspekte der Kommunikation in der Palliativmedizin	219
<i>Christian Schulz-Quach</i>	
Interprofessionelle Kommunikation.	245
<i>Cornelia Mahler, Jobst-Hendrik Schultz</i>	
Achtsamkeit in der Arzt-Patient-Kommunikation	263
<i>Lena Werdecker, Tobias Esch</i>	
Patient-Arzt-Kommunikation aus Patientensicht	277
<i>Katja Stahl</i>	
Nachhaltige Verbesserung und Herausforderungen für die Zukunft	
Arzt-Patient-Kommunikation im Licht von E-Health	291
<i>Martin W. Schnell</i>	
Gesundheitsökonomische Auswirkungen auf ärztliche Kommunikation.	301
<i>Mischa Möller</i>	
Kommunikation in sozialen Netzwerken	307
<i>Jan P. Ehlers</i>	
Anhang	
Autorenverzeichnis	321
Sachverzeichnis.	327

Vorwort

Nach 11 Jahren erscheint die völlig überarbeitete Neuauflage des Buches »Das Arzt-Patient/Patient-Arzt-Gespräch« unter dem neuen Titel »Grundlagen der Arzt-Patient-Interaktion – Handlungsanleitungen für die Praxis«. Angesichts der historischen Dimension, in der sich Ärzte und Patienten bereits seit der Antike begegnen, mag dieser Zeitraum kurz erscheinen. Grundlegende Merkmale der Beziehung zwischen hilfe- und ratsuchenden Patienten auf der einen und helfenden, ratgebenden Ärzten auf der anderen Seite sind gesellschaftlich und kulturell tief eingegraben und erscheinen zeitlos gültig. Gleichzeitig haben sich im vergangenen Jahrzehnt wichtige Rahmenbedingungen verändert, die weitreichende Auswirkungen auf die Beziehung und das Gespräch zwischen Arzt und Patient haben.

- Die im Betreuungsrecht verankerte Patientenverfügung (2009) klärt den Umgang mit Patienten, die nicht einwilligungsfähig sind. In diesem Zusammenhang ist ein Gespräch zur Feststellung des Patientenwillens vorgesehen, das von Ärzten kommunikative Kompetenzen und Rechtskenntnisse erfordert.
- Durch das Patientenrechtegesetz (2013) wurden die ärztlichen Informations- und Aufklärungspflichten konkreter ausformuliert und die Rechte von Patienten bei Behandlungsfehlern gestärkt.
- Die wachsende technische Komplexität und zunehmende Verdichtung der Arbeit in vielen Versorgungsbereichen führt zu immer größeren Herausforderungen an die Kommunikation zwischen den behandelnden Professionen, um eine gute Behandlungsqualität zu gewährleisten. Gleichzeitig begünstigen diese Entwicklungen die Zunahme an psychischen Belastungen und Burn-out-Raten bei Ärzten und anderen Berufsgruppen. Hier stellt sich zunehmend die Frage, wie Ärzte und andere Behandler ihre Beziehungen zu Patienten und untereinander gestalten können, um langfristig gesund und produktiv in ihren Berufen arbeiten zu können.
- Die Aufnahme vieler geflüchteter Menschen seit 2015 hat das System der Patientenversorgung an vielen Stellen überfordert und stellt viele Ärztinnen und Ärzte täglich vor Herausforderungen. Insbesondere der sprachlichen und kulturellen Vielfalt kann man mit den bisherigen Voraussetzungen, wie z. B. der häufigen Abwesenheit professioneller Dolmetscher, häufig nicht gerecht werden.
- Die Fortschritte in der Telekommunikation bieten neue Möglichkeiten im Bereich der Telemedizin, die in den nächsten Jahren in der Praxis implementiert und evaluiert werden müssen. Ebenso erweitert der Bereich Social Media die Kommunikationsräume, wobei die entsprechende Medienkompetenz der Nutzer im medizinischen Bereich sich noch in der Entwicklung befindet.

Die genannten sowie weitere, teils fachspezifische Veränderungen ließen es aus Sicht der Herausgeber geboten erscheinen, das Buch komplett zu überarbeiten und durch neue Beiträge zu ergänzen. Wir danken allen Autorinnen und Autoren für ihre engagierte Mitarbeit und wünschen allen Leserinnen und Lesern eine interessante und bereichernde Lektüre.

Thorsten Langer und Martin W. Schnell

im Juni 2020

Einführung in das Thema

Thorsten Langer, Martin W. Schnell

Die Annahme, dass ein genuines Gespräch zwischen Arzt und Patient von medizinischem Belang sein könnte, ist in der modernen, naturwissenschaftlich geprägten Medizin noch keine 100 Jahre alt. Mit Victor von Weizsäcker und anderen anthropologisch ausgerichteten Ärzten begann sich die Ansicht zu etablieren, dass Kommunikation in der Behandlungs- und Beratungssituation einen unhintergehbaren Stellenwert hat. Gemeint ist keine Kommunikation, die eine ansonsten als stumm praktizierte Zuwendung des Arztes an die Adresse des Patienten nur als schmückendes Beiwerk begleitet, also eigentlich auch unterlassen werden könnte, sondern eine Kommunikation, die die Beziehung des Arztes zum Patienten erst eröffnet und auch trägt.

So sehr die Kritik an einigen allzu idealistischen Vorstellungen der klassischen »sprechenden Medizin« auch berechtigt sein mag, es bleibt zu beachten, dass ohne die klassische Auffassung moderne und aktuelle Konzepte der interprofessionellen Kommunikation (etwa zwischen Ärzten und Pflegepersonen), der Beratung und gemeinsamen Entscheidungsfindung, nicht auf den Weg hätten gebracht werden können [1].

Innerhalb der verschiedenen, heilberuflich relevanten Kommunikationen ist das Gespräch zwischen Arzt und Patient von zentraler Bedeutung für die Patientenversorgung. Es erfüllt vielfältige Funktionen im diagnostischen und therapeutischen Prozess und spielt in nahezu jeder medizinischen Fachdisziplin eine wichtige Rolle.

Neben seiner besonderen praktischen Bedeutung ist das Gespräch auch in Hinblick auf die wissenschaftliche Beschäftigung äußerst facettenreich. Sowohl die Medizin selbst als auch Psychologie, Soziologie, Linguistik und Philosophie befassen sich mit der Kommunikation zwischen Patient und Arzt. Jede Perspektive hat daher eigene Aspekte in die Diskussion einzubringen über die Frage, was ein gutes Arzt-Patienten-Gespräch ist.

In dem vorliegenden Buch wird der Versuch unternommen, einerseits aus der Sicht verschiedener klinischer Fächer spezifische Eigenheiten des Gesprächs zwischen Arzt und Patient herauszuarbeiten, da sich zum Beispiel die Kommunikation in der Chirurgie in wesentlichen Merkmalen von der in der Pädiatrie unterscheidet.

Andererseits gibt es verschiedene Aspekte der Kommunikation zwischen Arzt und Patient, die in vielen Fachdisziplinen wichtig sind und im fächerübergreifenden Teil thematisiert werden. Hier kommen vermehrt die bereits erwähnten wissenschaftlichen Disziplinen zu Wort, die sich neben der Medizin für die Kommunikation zwischen Arzt und Patient interessieren. Durch ihre spezifische Perspektive können sie wertvolle Beiträge für die praktische Patientenversorgung liefern.

Das Gespräch zwischen Arzt und Patient findet immer in einem Kontext statt, der den Verlauf und häufig auch den Inhalt des Gesprächs beeinflusst. Insofern ist es für die Entwicklung von praktisch relevanten Hinweisen wichtig, dass die Kontext-Bedingungen der Praxis, wie z. B. Zeitdruck oder Störungen durch Dritte, in den Beiträgen thematisiert werden und nicht ein erstrebenswertes, aber unrealistisches Idealbild gemalt wird. Nur dann wird deutlich, dass das Gespräch zwischen Arzt und Patient überkomplex ist, soll heißen, dass es immer mehr einschließt als nur den Arzt und den Patienten. Unrealistisch und auch einseitig werden Modelle dann nicht, wenn sie berücksichtigen, dass in dem Gespräch zwischen Arzt und Patient in unterschiedlicher Weise immer auch andere Kontextfaktoren gegenwärtig sind: das Gesundheitswesen, Recht und Gesetz, Fragen von Status, Herkunft und Geschlecht, Interpretationsmacht und Ethik! Weiterhin bedeutet Kommunikation, dass zwei oder mehrere Personen in einem dynamischen Prozess wechselseitig aufeinander Bezug nehmen. Für ein Verständnis dieser Prozesse, das dieser Komplexität gerecht wird, ist es daher notwendig, die unterschiedlichen Perspektiven der Beteiligten darzustellen. Allein die ärztliche Binnensicht zu beschreiben, würde der Thematik nicht gerecht werden, da sich die Rollen, Positionen und Erfahrungen von Ärzten, Patienten und Pflegepersonen fundamental unterscheiden. Wo möglich, werden daher in den Beiträgen die unterschiedlichen Perspektiven dargestellt, und zwar in empirisch fundierter Art und Weise.

Einschränkend muss jedoch angemerkt werden, dass aus Patientensicht das Gespräch mit dem Arzt in einem weiteren Kontext stattfindet, der das subjektive Krankheitserleben ebenso einschließt wie die eigene Selbstsorge im familiären System und die Kommunikation mit anderen an Diagnostik und Therapie beteiligten Personen, wie z. B. Arzthelferinnen, Pflegepersonen, Apotheker usw. [2]. Die Erfahrungen, die ein Patient in all diesen Situationen sammelt, bilden seinen persönlichen Hintergrund für sein Verständnis und Handeln im Gespräch mit dem Arzt, so wie das Medizinstudium und die ärztliche Ausbildung den ärztlichen Hintergrund des Verständnisses prägen. Insofern ist die Eingrenzung des Inhalts dieses Buches auf das Gespräch zwischen Arzt und Patient aus Sicht der ärztlichen Weiterbildung sinnvoll, aus der lebensweltlichen Sicht von Patienten allerdings eine Reduktion.

Wir hoffen, der vorliegende Band hält Anregungen bereit, die dem Titel genügen und gleichzeitig dem spannenden Thema Arzt-Patient-Kommunikation in seiner Komplexität und seinem Facettenreichtum gerecht werden.

Die Konzeption des Bandes versteht sich als Brücke zwischen Wissenschaft und Gesundheitsversorgung und ist insofern aus Diskussionen hervorgegangen, die die Herausgeber im Zusammenhang mit gemeinsamen Lehrveranstaltungen des Instituts für Ethik und Kommunikation im Gesundheitswesen der Universität Witten/Herdecke und des Zentrums für Kinder- und Jugendmedizin am Helios-Klinikum Wuppertal sowie am Universitätsklinikum Freiburg führten und weiterhin führen.

Literatur

1. Zegelin A, Schnell MW. Die Pflege und ihre Sprachen. Interdisziplinäre Beiträge aus Pflegewissenschaft, Medizin, Linguistik und Philosophie, Hannover. In: Zegelin A, Schnell MW Hrsg. Sprache und Pflege. 2. Aufl. Bern: Verlag Hans Huber; 2005. S. 3–10.
2. Langer T. Die Arzt-Patienten-Beziehung zwischen Individualität und Funktionalität. Wie Patienten mit der Diagnose COPD die Beziehung zum Arzt beschreiben. In: Schnell M. Ethik als empirisches Phänomen. Hannover: Schlütersche Verlagsbuchhandlung; 2005. S. 137–185.

Wir weisen darauf hin, dass wir aus Gründen der leichteren Lesbarkeit in allen Beiträgen dieses Buches nur die männliche Berufsbezeichnung »Arzt« verwenden. Gemeint sind immer sowohl »Ärztin« als auch »Arzt«. Ebenso verhält es sich mit dem Gegenüber: Für »Patient« ist in allgemeiner Formulierung immer auch »Patientin« gemeint.

Das Gespräch mit Patienten in unterschiedlichen Disziplinen

Kommunikation in der Hausarztpraxis im Wandel des Gesundheitswesens

Paul Jansen

Einleitung

Der allgemeinmedizinische/hausärztliche Handlungsrahmen ist, wie so deutlich wohl in keinem anderen Bereich des Gesundheitswesens, bestimmt von äußeren Vorgaben. Gesetzliche Vorgaben, aber auch sich wandelnde gesellschaftliche Erwartungen führen zu einer sich zunehmend verändernden Rolle des Hausarztes mit neuen Erfordernissen an seine kommunikativen Kompetenzen.

Grundlagen allgemeinmedizinischen/hausärztlichen Handelns

Die Allgemeinmedizin ist ein wesentlicher Grundpfeiler des Gesundheitssystems, sie stellt einen Großteil der medizinischen Versorgung der Bevölkerung sicher: Fast die Hälfte aller ambulanten Behandlungen erfolgen beim Hausarzt/Allgemeinarzt. Über 90 % der gesetzlich Krankenversicherten geben an, dass sie einen festen Hausarzt haben [1]. Dabei sind die Aufgaben und Funktionsbereiche der Allgemeinmedizin weit gefächert und umfassen erheblich mehr als nur »Gatekeeping«. Der Arbeitsbereich der Allgemeinmedizin/hausärztlichen Versorgung beinhaltet die Grundversorgung aller Patienten mit körperlichen und seelischen Gesundheitsstörungen in der Notfall-, Akut- und Langzeitversorgung sowie wesentliche Bereiche der Prävention und Rehabilitation. Allgemeinärzte sind darauf spezialisiert, als erste ärztliche Ansprechpartner bei allen Gesundheitsproblemen zu helfen [2].

Die Arbeitsweise der Allgemeinmedizin berücksichtigt somatische, psychosoziale, soziokulturelle und ökologische Aspekte. Bei der Interpretation von Symptomen und Befunden ist es von besonderer Bedeutung, den Patienten, sein Krankheitskonzept, sein Umfeld und seine Geschichte zu würdigen (hermeneutisches Fallverständnis). Die Arbeitsgrundlagen der Allgemeinmedizin sind eine auf Dauer angelegte Arzt-Patient-Beziehung und die erlebte Anamnese, die auf einer breiten Zuständigkeit und Kontinuität in der Versorgung beruhen. Zu den Arbeitsgrundlagen gehört auch der Umgang mit den epidemiologischen Besonderheiten des »unausgelesenen Patientenkollektivs« mit den daraus folgenden

speziellen Bedingungen der Entscheidungsfindung (abwartendes Offenhalten des Falles, Berücksichtigung abwendbar gefährlicher Verläufe) [2].

Das Arbeitsziel der Allgemeinmedizin ist eine qualitativ hochstehende Versorgung, die den Schutz des Patienten, aber auch der Gesellschaft vor Fehl-, Unter- oder Überversorgung einschließt [2].

Der Arbeitsauftrag der Allgemeinmedizin

Die primärärztliche Filter- und Steuerfunktion, insbesondere die angemessene und gegenüber Patient und Gesellschaft verantwortliche Stufendiagnostik und Therapie unter Einbeziehung von Fachspezialisten; die haus- und familienärztliche Funktion, insbesondere die Betreuung des Patienten im Kontext seiner Familie oder sozialen Gemeinschaft, auch im häuslichen Umfeld (Hausbesuch); die Gesundheitsbildungsfunktion, insbesondere Gesundheitsberatung und Gesundheitsförderung für den Einzelnen wie auch in der Gemeinde; die Koordinations- und Integrationsfunktion, insbesondere die gezielte Zuweisung zu Spezialisten, die federführende Koordinierung zwischen den Versorgungsebenen, das Zusammenführen und Bewerten aller Ergebnisse und deren kontinuierliche Dokumentation sowie die Vermittlung von Hilfe und Pflege des Patienten in seinem Umfeld [2].

Die Grundsätze der Allgemeinmedizin und der sich daraus ergebenden Qualifikationen und Kompetenzen sind auch in den CanMEDS-FM aufgeführt [3].

4 Grundsätze der Allgemeinmedizin (grundlegende Konzepte)	CanMEDS-FM Rollen (erwartete Qualifikationen)
Die Arzt-Patienten-Beziehung ist zentral für die Rolle des Hausarztes	2. Kommunikator 3. Teamarbeiter 7. Professioneller Arzt
Der Hausarzt ist ein erfahrener Kliniker	1. Hausärztlicher Experte 2. Kommunikator 6. Lehrender und Lernender
Allgemeinmedizin hat einen Gemeindebezug	3. Teamarbeiter 4. Manager 5. Gesundheitsfürsprecher
Der Hausarzt steht mit seinen Fähigkeiten und Möglichkeiten für eine bestimmte Praxis zur Verfügung	3. Teamarbeiter 4. Manager 5. Gesundheitsfürsprecher 6. Lehrender und Lernender

Tab. 1: Die Grundsätze der Allgemeinmedizin und die sich daraus ergebenden Qualifikationen

Die nachfolgende Grafik (► Abb. 1) illustriert zudem noch einmal den umfassenden Kontext der hausärztlichen Tätigkeit, wie sie vom europäischen Arm des Weltverbands der Allgemeinärzte (World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians, WONCA) entwickelt wurde, um die fachspezifische Heuristik zu illustrieren.

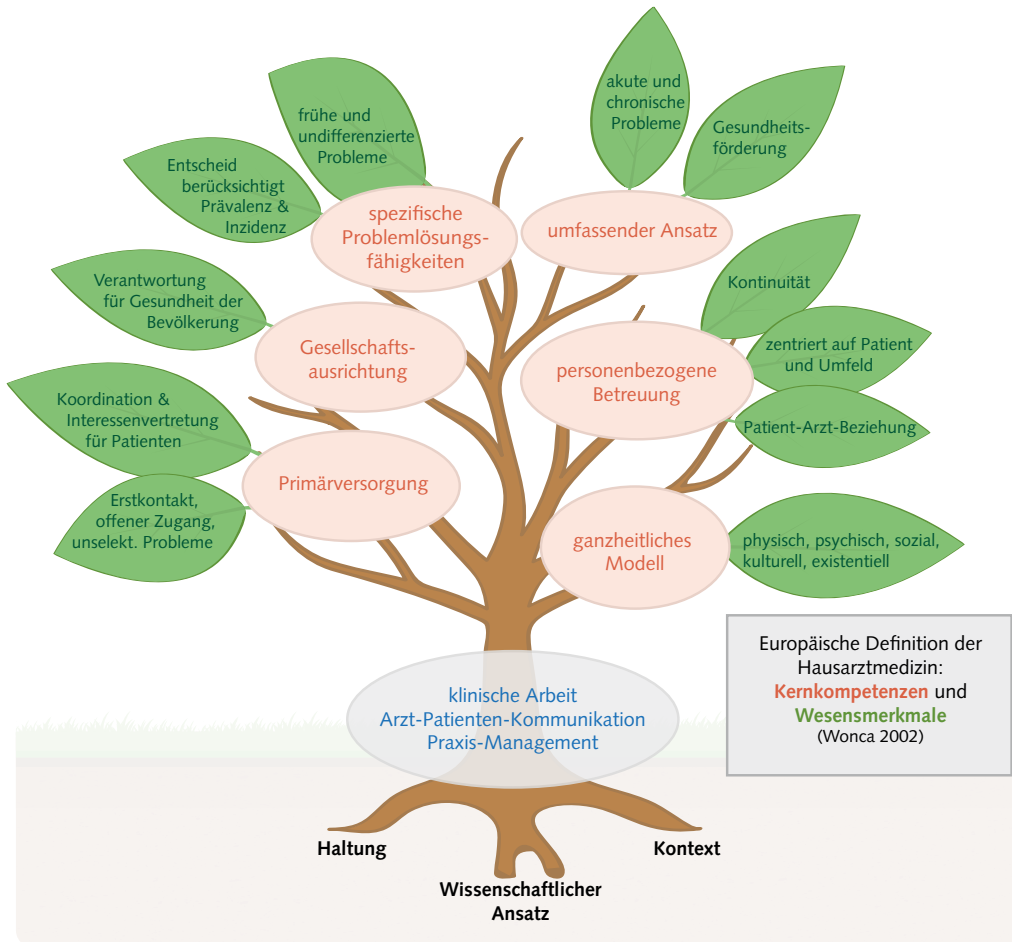


Abb. 1: Die verschiedenen Aspekte hausärztlicher Tätigkeit (in Anlehnung an WONCA 2002)

Viele der in beiden Konzepten vorgestellten Themenfelder hausärztlicher Tätigkeiten sind eng mit kommunikativen und sozialen Kompetenzen verknüpft. Zudem zeigt sich, dass im internationalen Verständnis die Funktion des Hausarztes als Gatekeeper und Koordinator in einem komplexen Gesundheits-Versorgungs-Kontext gesehen wird, der nicht nur medizinische Aspekte beinhaltet. Aus dieser Vorstellung hausärztlicher Aufgaben resultiert die Befürwortung primärärztlicher Versorgungsmodelle.

In Deutschland sind verbindliche Hausarzt-Modelle, bei dem der Erstkontakt der Versicherten auf den betreuenden Hausarzt beschränkt ist und dieser erst im Falle einer Erfordernis zur weiteren fachärztlichen Mitbetreuung oder stationären Behandlung überweist, nur im Rahmen spezieller Versorgungsverträge realisiert. In diese Verträge müssen sich Hausärzte und Patienten einschreiben.

Eine Umfrage der Bertelsmann Stiftung zeigte bereits 2003, dass 81 % der Versicherten bereit sind, vor einem Facharztbesuch immer erst den (frei gewählten) Hausarzt aufzusuchen – wenn dafür im Gegenzug die Krankenversicherungsbeiträge sinken. »*Der Hausarzt ist für Patienten der Lotse in einem System mit vielen Untiefen*«, sagt Melanie Schnee von der Bertelsmann Stiftung. Dagegen pochen Patienten auf die freie Wahl ihrer Ärzte. Nur 18 % sind laut Umfrage bereit, sich – wie in den USA und der Schweiz – zur Senkung der Beitragssätze von ihrer Krankenkasse bestimmte Ärzte vorschreiben zu lassen [4].

Durch die eingeschränkte gesetzliche Regulierung wird die primärärztliche Filter- und Steuerfunktion außerhalb der Hausarzt-Modelle erheblich eingeschränkt und erschwert. Viele fachärztliche Kontakte und Untersuchungen erfolgen nicht auf Anraten des Hausarztes. Nur ein Teil der hausärztlichen Überweisungen sind von ihm zur gezielten Abklärung von Fragestellungen initiiert. Der Hausarzt ist nur selten in Entscheidungsprozesse der Klinik- und Fachärzte einbezogen, muss aber häufig deren Entscheidungen und Empfehlungen gegenüber dem Patienten begründen.

Kennzeichen allgemeinmedizinischen/hausärztlichen Handelns

Im Gegensatz zum gebietsärztlichen und stationären Bereich führt in der Allgemeinmedizin nur etwa jeder zehnte Beratungsanlass zu einer eindeutig klassifizierbaren Diagnose. Bei der überwiegenden Mehrheit werden – anhand einzelner Symptome, Symptomgruppen oder Bilder einer Krankheit – Verdachtsdiagnosen gestellt, die sich im weiteren Verlauf entweder bestätigen oder als unzutreffend erweisen [5]. Daher werden diagnostische und therapeutische Entscheidungen regelmäßig auf der Basis von subjektiven Angaben der Patienten sowie nicht klar abgrenzbaren Beschwerdekongstellationen getroffen. Dies bringt zwangsläufig gewisse Risiken und Unsicherheiten mit sich und muss in Kauf genommen werden. Die Bedürfnisse und Anliegen jedes einzelnen Patienten stehen dabei im Mittelpunkt. Seine aktuellen und früheren Lebensumstände zu berücksichtigen und seine subjektive Wahrnehmung von Krankheit und körperlichen Beschwerden ernst zu nehmen – ihn in seiner Gesamtheit zu erfassen –, ist eine der wesentlichen Besonderheiten der hausärztlichen Betreuung. Inwieweit sich der Patient seinem Arzt öffnet und mitteilt, hängt dabei ganz besonders von einer stabilen, vertrauensvollen und ehrlichen

Arzt-Patient-Beziehung ab, die schließlich über mehrere Jahre oder sogar Jahrzehnte Bestand haben soll [5].

An allgemeinmedizinisch tätige Ärzte werden folglich hohe Anforderungen gestellt: Sie müssen über ein breites Fachwissen verfügen, rechtzeitig abwendbar gefährliche Verläufe erkennen, mit kritischem Blick den weiteren Krankheitsverlauf beobachten und darüber entscheiden, wann eine Mitbehandlung durch weitere Gebietsärzte angezeigt ist. Da viele Behandlungsanlässe aufgrund psychosomatischer Störungen und akuter psychosozialer Belastungsreaktionen stattfinden, benötigen Allgemeinmediziner auch eine ausgeprägte soziale und psychologische Kompetenz. Vor allem im Rahmen der psychosomatischen Grundversorgung sind die kommunikativen Fähigkeiten der Hausärzte essenziell, um stützende Gespräche und verbale Interventionen erfolgreich durchführen zu können [5].

Mehr und mehr Patienten nutzen digitale Medien, um sich über ihre Beschwerden und mögliche Diagnosen bereits vorab zu informieren. Daraus ergeben sich neue Chancen, aber auch Risiken in der hausärztlichen Kommunikation. Der gut informierte Patient kann und möchte Diagnostik und Therapie mitbestimmen. Informationen im Netz sind aber oft nicht als seriös oder unseriös für den Laien unterscheidbar.

Die Nutzung digitaler Medien zur Selbstoptimierung nimmt zudem deutlich zu. »Die Digitalisierung, mit Phänomenen wie der „Quantified Self“ Bewegung oder dem „Internet der Dinge“, hat hierfür längst neue datengetriebene Soft- und Hardwarelösungen geschaffen und private Nutzer gewinnen hierdurch immer mehr Vertrauen in die Fähigkeiten ihres Smartphones (auch im gesundheitlichen Kontext). Auch der moderne Patient wird als privater Nutzer solcher Innovationen immer stärker und bewusster in den Behandlungs- und Diagnoseprozess eingebunden. Hieraus ergeben sich völlig neue Informationsquellen für gesundheitliche Diagnosen und es drängt sich die Frage auf, ob das Gesundheitswesen in den kommenden Jahren eine Art Entwertung des Expertentums erleben wird, einen Bedeutungsverlust des Arztes. Damit ist keineswegs ausgeschlossen, dass der behandelnde Arzt in der Praxis mit den Resultaten technischer Systeme völlig übereinstimmt. In einer ähnlichen Situation könnte er aber ebenso gut zu einer völlig anderen Einschätzung gelangen. Die gegenwärtige rechtliche und politische Situation, in der sich das deutsche Gesundheitswesen derzeit befindet, lässt diese und weitere Fragen bisher gänzlich unbeantwortet: Wer kann bessere Entscheidungen treffen und nach welchen Maßstäben sind diese zu bewerten? Welche Chancen und Risiken ergeben sich aus den neuesten Entwicklungen? Wem vertrauen Patienten mehr? Und welche Auswirkungen wird diese Entwicklung auf das Gesundheitssystem haben?« [6]



auch als
E-Book

Hiermit bestelle ich

___ Expl. **Grundlagen der Arzt-Patient-Interaktion** **49,95 Euro***
(Sonderausgabe 2020, Hardcover, 332 Seiten, ISBN 978-3-96474-387-9)

___ Expl. **PDF – Grundlagen der Arzt-Patient-Interaktion** **44,95 Euro***
(Sonderausgabe 2020, 332 Seiten, ISBN 978-3-96474-383-1)

* Alle Preise inkl. MwSt., Lieferung versandkostenfrei, ausgenommen Poster

Kundennummer

Name / Vorname

Straße / Hausnummer

PLZ / Ort

Telefon / Fax

E-Mail

Datum / Unterschrift

mg^o fach
verlage

Mediengruppe Oberfranken –
Fachverlage GmbH & Co. KG
E.-C.-Baumann-Straße 5
95326 Kulmbach

Tel. 09221/949-389
Fax 09221/949-377
kundenservice@mgo-fachverlage.de
www.medizin.ml-buchverlag.de



Priv.-Doz. Dr. med. Thorsten Langer ist Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin und Leiter des Sozialpädiatrischen Zentrums am Universitätsklinikum Freiburg. Sein besonderes wissenschaftliches Interesse gilt der Patientenversorgung auf der Ebene der Patient-Behandler-Beziehung.



Univ.-Prof. Dr. phil. Martin W. Schnell ist Lehrstuhlinhaber für »Sozialphilosophie und Ethik« und Leiter des »QB 2: Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin« an der Universität Witten/Herdecke. Er ist Berater und Gastvortragender an Hochschulen und Mitherausgeber der Buchreihe »Palliative Care und Forschung«.

Die Medizin ist ein gemischter Diskurs. In ihr bündeln sich Elemente verschiedener Wissenschaftsdisziplinen. Sie ist in allen Hinsichten kommunikative Disziplin und Heilkunst. Das Gespräch mit Patienten, Angehörigen und anderen Heilberufen gilt als Basis der ärztlichen Tätigkeit.

Das vorliegende Buch reflektiert diesen Sachverhalt und führt in die verschiedenen Dimensionen ärztlicher Kommunikation ein. Dabei werden neben fachspezifischen Besonderheiten u. a. folgende kommunikative Grundsituationen berücksichtigt:

- Die Anamnese
- Das Aufklärungsgespräch
- Risikokommunikation
- Überbringen schlechter Nachrichten
- Das Gespräch am Lebensende eines Patienten
- Kultur- und Gendersensibilität
- Das Gespräch in Zeiten von E-Health

Das Buch soll Ärztinnen und Ärzten aller Fachrichtungen Möglichkeiten zur Reflexion der eigenen Gesprächsführung und Anregungen für die praktische Tätigkeit bieten.