

Das Arzt-Patient-Gespräch als Instrument der Qualitätssicherung

Linus S. Geisler

Der weltberühmte Kardiologe Bernard Lown schreibt in seinem Buch „Die verlorene Kunst des Heilens“, die für ihn denkwürdigste Beschreibung einer guten Arzt-Patient-Beziehung stamme von einer einfachen sibirischen Ärztin. Sie habe ihm gesagt: „Jedes Mal, wenn ein Arzt einen Patienten sieht, sollte sich der Patient anschließend besser fühlen.“¹ Ich möchte ergänzen: Idealerweise sollten sich *beide* besser fühlen.

Das klingt problemlos und könnte zu der Annahme verleiten, dieser Zustand gegenseitiger Übereinstimmung, sei mit einfachen Mitteln zu erreichen. In Wirklichkeit ist er das Resultat eines hochkomplexen Geschehens, das auf einem fundamentalen Prozess beruht: auf einem Kommunikationsgeschehen, in dem sich beide, Arzt und Patient, mit ihren spezifischen Wirklichkeiten wieder finden können.

Arztsein – ein sprechender Beruf

Arztsein ist ein sprechender Beruf. Welche Kenntnisse, Fähigkeiten oder speziellen Qualitäten und Begabungen ein Arzt auch haben mag, erst im Gespräch mit seinem Patienten erhalten sie Gewicht, werden sie in die klinische Tätigkeit umsetzbar, können sie nützliche Wirkung entfalten. Und was nicht weniger zählt, das gute Arzt-Patient-Gespräch ist der Garant für die Achtung der Selbstbestimmung des Kranken ohne dass die Fürsorge für ihn zu kurz kommt, für das Prinzip des Nichtschadens und der Gerechtigkeit, also für die ethischen Grundprinzipien in der Medizin².

Arztsein ist ein sprechender Beruf. Ein niedergelassener Arzt verbringt 60 bis 80 Prozent, ein Klinikarzt 40 bis 50 Prozent seiner täglichen Arbeitszeit im Gespräch mit seinen Patienten. Die Zahl der Patientengespräche kann sich so im Laufe eines ärztlichen Berufslebens auf bis zu 200.000 summieren³.

Die unbestrittene Priorität, die der Kommunikation in der Medizin zukommt, wird durch Patientenbefragungen immer wieder bestätigt. Alle repräsentativen Patientenbefragungen nach dem Wesen des idealen Arztes aus den USA, England, Österreich oder Deutschland kommen zu deckungsgleichen Resultaten: Patienten wünschen sich in erster Linie, dass der Arzt mit ihnen spricht, ihnen zuhört und Interesse für sie zeigt. Medizinische Kompetenz und apparative Ausstattung rangieren dahinter im Mittelfeld⁴. In einer groß angelegten Studie in Deutschland (1999) wünschten sich 92 Prozent der befragten Patienten, das Gespräch zwischen Arzt und Patient solle stärker in den Vordergrund rücken. Eine Befragung von 824 Patienten in ärztlichen Praxen in England (2001) ergab, dass 88 Prozent vor allem das Gespräch mit ihrem Arzt suchten, nur jeder Vierte wollte ein Rezept⁵.

Die Akademie für Technikfolgenabschätzung in Baden-Württemberg konnte in einer Studie über Patientensouveränität zeigen, dass der Wunsch nach umfassender und verständlicher

¹ Lown, B.: Die verlorene Kunst des Heilens. Schattauer, Stuttgart New York. 2002. S. 103

² Beauchamp TL, Childress JF. Principles of Biomedical Ethics. 5th ed (Hrsg). Oxford University Press. New York, 2001

³ Stein, R.: Gespräch in der Sprechstunde vernachlässigt. Frankfurter Allgemeine Zeitung, 06.12.2000, Nr. 284, S. N 3

⁴ Geisler, L.: Arzt und Patient - Begegnung im Gespräch. 4. Auflage, pmi AG. Verlag Frankfurt/Main. 2002.

URL: <http://www.linus-geisler.de/monografien/monograf.html>

⁵ Little, P, Everitt H, Williamson J, Warner G, Moore M, Gould C, Ferrier K, Payne Sh: Preferences of Patients for Patient centred approach to consultation in primary care: observational study. BMJ 2001; 322:468-472 (24 February). - URL: <http://bmj.com/cgi/reprint/322/7284/468.pdf>

Information von 93% aller befragten Patienten als „sehr wichtig“ eingestuft wird. Allerdings entsprechen weniger als 30 Prozent der Ärzte diesem Patientenwunsch nach Information⁶.

Sprache wirkt

Natürlich ist die Frage berechtigt, ob ein gelungenes Gespräch zwischen Arzt und Patient auch zu fassbaren nützlichen Effekten im klinischen Alltag führt. Dies ist eindeutig der Fall. Die positiven Effekte einer guten Kommunikation zwischen Arzt und Patient sind mittlerweile vielfach wissenschaftlich belegt.

Zelda Di Blasi und ihre Kollegen von der Universität York in Großbritannien konnten in einer Untersuchung 2001 an 3611 Patienten mit überwiegend körperlichen Erkrankungen zeigen, dass eine warmherzige, freundliche und angstnehmende Zuwendung den Krankheitsverlauf – unabhängig von der sonstigen Behandlung – eindeutig verkürzen und die Nebenwirkungsquote verringern kann⁷.

In einer kanadischen Untersuchung (S.R. Harris und E. Templeton, 2001) wurden Frauen mit Brustkrebs befragt, welches Verhalten ihres Arztes zum Zeitpunkt der Krebsdiagnose am hilfreichsten gewesen sei. Die häufigste Antwort lautete: seine Fähigkeit mir zuzuhören⁸.

Umgekehrt steht ebenso fest, dass schlechte Kommunikation sich negativ auf den Krankheitsprozess auswirkt. Eine große prospektive Untersuchung des Tumorzentrums München (2003) an 1131 Brustkrebs-Patientinnen ergab, dass die Frauen, die eine schlechte Kommunikation beklagten, eine signifikant schlechtere Lebensqualität aufwiesen⁹.

Gelungene Kommunikation dient auch dem *eigenen* Befinden

Vielen Ärzten ist jedoch nicht bewusst, dass eine gute kommunikative Kompetenz nicht nur die *Zufriedenheit* ihrer *Patienten* erhöht, sondern auch ihre *eigene*. Das liegt unter anderem daran, dass gut geschulte Ärzte fähig sind:

- die Probleme ihrer Patienten genauer zu identifizieren,
- wodurch es ihren Patienten wiederum besser gelingt, sich psychologisch an die Krankheitssituation zu adaptieren,
- was schließlich zu einer größeren Zufriedenheit mit der Behandlung und Betreuung führt.

Es ist erwiesen, dass für Ärzte mit hoher Gesprächsführungskompetenz:

- die *subjektive Belastung* durch die Krankheit ihrer Patienten geringer ist,
- die *Stressbelastung* durch den Beruf als niedriger empfunden wird,
- die *berufliche Zufriedenheit* wächst und
- die *Neigung zu Depressionen, Ängsten und Suizidalität* (die bei Ärzten überdurchschnittlich hoch ist) abnimmt¹⁰.

Kommunikation im ärztlichen Alltag

Analysiert man die klinische Realität der Arzt-Patient-Kommunikation, kann man allerdings nicht selten den Eindruck gewinnen, dass zwei Fremde in jeweils fremder Sprache

⁶ Dierks, M. L. et al.: Patientensouveränität – Der autonome Patient im Mittelpunkt. Arbeitsbericht Nr. 195 der Akademie für Technikfolgenabschätzung in Baden-Württemberg. Stuttgart. 2001.

⁷ Di Blasi Z, Harkness E, Ernst E, Georgiou A, Kleijnen J: Influence of Context Effects on Health Outcomes: A Systematic Review. The Lancet 357 (2001): 757-762.

⁸ Harris SR, Templeton E: Who's Listening? Experiences of Women with Breast Cancer in Communicating with Physicians. Breast J 2001 Nov-Dec; 7(6): 444-9

⁹ Kerr, J, Engel J, Schlesinger-Raab A, Sauer H, Hölzel D: Communication, quality of life and age: results of a 5-year prospective study in breast cancer patients. Annals of Oncology 14: 421-427, 2003.

¹⁰ Maguire, P., C. Piceathly: Key communication skills and how to acquire them. BMJ 325, 2002, S. 697-700. - URL: <http://bmj.com/cgi/reprint/325/7366/697.pdf>

miteinander reden:

- Die *Hälfte der Beschwerden* des Patienten kommen *nicht* zur Sprache
- Oft erhalten Ärzte nur *wenig Auskunft* über die *Bedeutung* der Erkrankung für den Betroffenen *und ihre emotionalen und sozialen Folgen*¹¹
- *Weniger als die Hälfte der psychosozialen Probleme* und psychischen Störungen des Patienten *werden erkannt*
- Arzt und Patient stimmen in *mehr als der Hälfte* der Fälle *nicht über das hauptsächliche Gesundheitsproblem* des Patienten *überein*¹².

Im übrigen ist nachgewiesen, dass Deutschland hinsichtlich der ärztlichen Gesprächsdauer in Europa das Schlusslicht bildet. Die durchschnittliche Gesprächsdauer in der Praxis beträgt in der Schweiz 15,6 min, in den Niederlanden 10,2 und in Deutschland 7,6 min¹³.

In Analysen von Visitingesprächen wird immer wieder beeindruckend deutlich, wie sehr Patienten und ihre Ärzte in verschiedenen Perspektiven denken und in verschiedenen Welten leben. Dieses Auseinanderklaffen der Wirklichkeiten von Arzt und Patient wird bereits deutlich, wenn man die jeweils vom Arzt bzw. vom Patienten eingebrachten Themen betrachtet:

Tabelle 1. Rangfolge der Mittelwerte vom **Arzt** eingebrachter Themen(Westphale u. Köhle¹⁴)

Thema	absolut	prozentual
Therapie	1,35	21,9
Diagnose	1,33	21,6
Untersuchungsergebnisse	0,89	14,4
körperliches Befinden	0,73	11,8
Krankheitsverhalten	0,71	11,5
Krankheitserleben	0,51	8,3
Sonstiges	0,50	8,1
psychisches Befinden	0,19	2,4
Summe Themen	6,17	100,0

Tabelle 2. Rangfolge der Mittelwerte vom **Patient** eingebrachter Themen (Westphale u. Köhle)

Thema	absolut	prozentual
Krankheitserleben	0,73	24,8
Diagnose	0,54	18,3
Krankheitsverhalten	0,48	16,3
Therapie	0,47	15,9
körperliches Befinden	0,32	10,9
Untersuchungsergebnisse	0,23	7,8
Sonstiges	0,13	4,4
psychisches Befinden	0,05	1,7
Summe Themen	2,95	100,1

Die Gegenüberstellung zeigt, dass für den Arzt die sog. *objektiven Kriterien* der Krankheit den thematisch größten Anteil an der Visite ausmachen, während quasi spiegelbildlich dazu das Interesse des Patienten von seinem *Krankheitserleben* dominiert wird.

¹¹ Maguire P, C Pitceathly: aaO [10]

¹² Buddeberg C, Willi J, (Hrsg): Psychosoziale Medizin, 2. Aufl. Springer, Berlin Heidelberg New York 1998.

¹³ Deveugele, M, Derese A, van den BrinkMuinen A, Bensing J, De Maeseneer D: Consultation length in general practice: cross sectional study in six European countries. BMJ, 325, 31. August 2002. S. 1-6.
URL: <http://bmj.com/cgi/reprint/325/7362/472.pdf>

¹⁴ Westphale, C., K. Köhle: Gesprächssituation und Informationsaustausch während der Visite auf einer internistisch-psychosomatischen Krankenstation. In: Köhle, K., H.-H. Raspe (Hrsg.): Das Gespräch während der ärztlichen Visite. Urban & Schwarzenberg, München-Wien-Baltimore, 1982.

Kommunikation – der Stoff aus dem die Arzt-Patient-Beziehung lebt

Dieses Auseinanderklaffen der Sichtweisen von Arzt und Patient ist einer der stärksten, oft aber konkret gar nicht wahrgenommenen Hinderungsgründe für das Zustandekommen einer fruchtbaren, qualitativ hoch stehenden, Beziehung zwischen Arzt und Patient.

Die Lösung dieses Dilemmas muss darin bestehen, dass der Arzt versucht, eine *gemeinsame Wirklichkeit* mit seinem Patienten aufzubauen. Dieser Erweiterung seiner Wirklichkeit setzt der Patient nicht selten erheblichen Widerstand entgegen. Im gelungenen Arzt-Patient-Gespräch geht es allerdings nicht nur darum, dass beide sich verstehen. Aufgabe des Arztes ist es vielmehr, seine Beziehung vom Anderen her so zu gestalten, dass dieser *sich selbst besser versteht*¹⁵.

Kommunikative Beziehungen sind der Stoff aus dem die Arzt-Patient-Beziehung lebt und die ihren „Kammerton“, genauer gesagt ihre Qualität bestimmen. Es herrscht Einigkeit, dass in der Alltagspraxis erhebliche kommunikative Defizite bestehen, die häufig von ärztlicher Seite nicht direkt realisiert werden¹⁶.

Kommunikationsstörungen und -defizite im Arzt-Patient-Gespräch führen jedoch nachweislich zu einer Reihe unerwünschter Effekte, die durchweg die Arzt-Patient-Beziehung direkt oder indirekt beeinflussen:

- Mangelhafte Compliance,
- gestörtes Vertrauensverhältnis¹⁷,
- schließlich Bruch der Arzt-Patient-Beziehung und Arztwechsel¹⁸.

Medizinstudium: viel Wissen, wenig psychosoziale Kompetenz?

Ein wesentlicher Grund für die kommunikative Inkompetenz nicht weniger Ärzte ist eine defizitäre Ausbildung mit zunehmender Tendenz, ein Mangel der häufig von den Studierenden selbst erkannt und beklagt wird¹⁹.

Ärzte werden ja nicht geboren, um als unsensible Biotechniker ihren Beruf zu betreiben. Im Gegenteil: Eine Studie von Guido Schmiemann an der Universität Göttingen an 700 Medizinstudenten hat gezeigt, dass die meisten Studenten zu Beginn des Studiums stark an der psychosozialen Situation der Patienten interessiert sind. Reziprok zur Zunahme an „biologischem Wissen“ kommt es dann allerdings im Verlauf des Studiums zu einem ansteigenden Verlust an kommunikativer und psychosozialer Kompetenz²⁰.

Das Medizinstudium erzieht zu so genannter „*wissenschaftlicher Objektivität*“. Es ist somatisch-, fakten- und leistungsorientiert. Anstatt für die Wichtigkeit kommunikativer Prozesse zu sensibilisieren, stellt es eher ein „konsequentes Desensibilisierungsprogramm“ gegenüber kommunikativen Prozessen und der psychosozialen Wirklichkeit von Patienten

¹⁵ Dörner, K.: Der gute Arzt. Lehrbuch der ärztlichen Grundhaltung. Stuttgart. 2001. S. 83

¹⁶ Geisler, L. S.: Sprachlose Medizin? Imago Hominis, 1997, IV(1).

URL: http://www.linus-geisler.de/artikel/97imagohominis_sprachlose.html

¹⁷ Goedhuys, J. & Rethan, J. J.: On the relationship between the efficiency and the quality of the consultation. A validity study. Family Practice, 2001, 18(6), S. 592-596.

Abstract-URL: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/htbin-post/Entrez/query_old?uid=11739343&form=6&db=m&Dopt=b

¹⁸ Keating N. L. et al.: How are patient's specific ambulatory experiences related to trust, satisfaction, and considering changing physicians? Journal of general internal medicine: official journal of the Society for Research and Education in Primary Care Internal Medicine, 2002, 17(1), S. 29-39.

Abstract-URL: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/htbin-post/Entrez/query_old?uid=11903773&form=6&db=m&Dopt=b

¹⁹ Andres, M.-S., Gaide, P.: Kein Fleisch, kein Blut. Medizinstudenten klagen über zu wenig Praxis während der Ausbildung. Die Zeit, 52/2001, 19. Dezember 2001.

URL: http://www.zeit.de/2001/52/Hochschule/200152_c-med-caseport.html

²⁰ Ärzte Zeitung, 30.05.2001: Studium: Patientengespräche immer unwichtiger.

URL: <http://www.aerztezeitung.de/docs/2001/05/30/099a2004.asp?nproductid=1653&narticleid=162757>

dar (Helmich 1991²¹).

Kommunikative Kompetenz wird im Studium kaum gelehrt. Trotz exponentiell wachsender ethischer Probleme in der Medizin werden ethische Grundbegriffe kaum oder nur unzureichend vermittelt. Das Studium wird nicht selten als altmodischer Frontalunterricht praktiziert, patientenfern, theoretisch überfrachtet, in unzusammenhängende Fächer gesplittet.

Die Herangehensweise an Krankheitsbilder orientiert sich am unsäglichen Multiple-Choice-Fragenkatalog des Staatsexamens, der lediglich unzusammenhängenden Wissenserwerb und passive Wissensreproduktion zulässt (bundeseinheitlich 870 MC-Fragen²²).

Damit ist ein fataler Teufelskreis vorgegeben: Der angehende Arzt gerät in einen klinischen Alltag, der die Richtigkeit dieser Ausbildung zu bestätigen scheint und von ihm kaum kommunikative Kompetenz erwartet. Wie sollte er fähig sein, seine *defizitäre Sicht auf den kranken Menschen* wahrnehmen zu können? Rationalisierungszwänge und ökonomische Pressionen bestärken ihn weiter in seinem Verhalten und üben eine subtile systemstabilisierende Funktion aus. Diese wiederum schlägt zurück auf das Ausbildungssystem und erklärt dessen unglaubliche Rigidität und Resistenz gegenüber wirklich tief greifenden Reformen.

Insbesondere Berufsanfänger und jüngere Ärzte erleben die Ökonomisierung ihres Berufs als enttäuschend und traumatisch. Als „Geschichtenerzähler oder Jongleur“ komme sie sich vor, schreibt eine junge Kollegin, wenn sie statt Patienten zu betreuen, am Computer die für das Haus kostenträchtigste Hauptdiagnose zu finden versuche. „Nicht selten behandle ich nur Diagnosen auf dem Papier – und erreiche dabei gar nicht den Menschen“ klagt ein Berliner Assistenzarzt²³.

Der fragmentierte Patient

Bestimmte weit verbreitete Herangehensweisen an den Patienten, die unter dem Druck ökonomischer Zwänge – und oft nur vermeintlichem Zeitmangel – in quasi ritualisierter Form vor allem im klinischen Bereich etabliert sind, erweisen sich bei genauerem Hinsehen nicht nur als menschlich fragwürdig, sondern in hohem Maße als ineffizient und hinsichtlich von Qualitätsbildung und Qualitätssicherung in der Medizin als kontraproduktiv.

Ich meine jene Form der Arzt-Patient-Beziehung – wenn man sie überhaupt „Beziehung“ nennen kann – die Walter Böker mit dem Begriff des „fragmentierten Patienten“ beschrieben hat²⁴:

Die konventionelle Gesprächstechnik in der Medizin ist immer weniger auf eine *ganzheitliche Beschwerdenerfassung* ausgerichtet. Vielmehr zerlegt sie die Patientenäußerungen in *Einzelbeschwerden* und blendet gleichzeitig das *Selbstbild* des Kranken, *seine* Deutung und Auslegung der Krankheit aus.

Die auf dieser Grundlage in Gang gesetzte, oft rational nicht begründbare, umfangreiche Diagnostik liefert dann zwangsläufig *Datensammlungen*, die das Leiden des Kranken nur bruchstückhaft und unzusammenhängend wiedergeben. „Die Grundmelodie menschlichen Leidens wird mehr und mehr übertönt vom ‚Rauschen der Daten‘“ (Walter Böker).

²¹ Helmich, P. et al.: Psychosoziale Kompetenz in der ärztlichen Primärversorgung. Springer Verlag. Heidelberg. 1991. S. 123

²² Clade H: Reform des Medizinstudiums: Ein langer Weg. Deutsches Ärzteblatt 99, Heft 18, 03.05.03. Seite A - 1189.

²³ Müller-Schubert, A.: Ökonomisierung des Arztberufes. Berliner Ärzteheft 07/2002.

²⁴ Böker, W.: Arzt-Patient-Beziehung: Der fragmentierte Patient. Deutsches Ärzteblatt 100, 06.01.2003, S. A-24
URL: <http://www.aerzteblatt.de/v4/archiv/artikeldruck.asp?id=35041>

Die Wahrnehmung des Kranken erfolgt dann nur noch in Teilaspekten, nämlich als *fragmentierter Patient*. Jetzt ist der Patient dort, wo er scheinbar am ökonomischsten behandelbar ist: im „Kerngeschäft“ des Klinikbetriebes. Nun ist er institutionell wahrnehmbar und verfügbar. Die klare und einfühlsame *Befundvermittlung*, auf die der Patient dringend wartet und absoluten Anspruch hat, tritt weit zurück hinter die Datensammlung, die manchmal nicht mehr als ein Datenfriedhof ist. Der Kranke ist zum passiven, dulddenden Objekt geworden.

Am *Zeitbudget* des Arztes, das ja in der Regel weitgehend festgelegt ist, zehren solche Befunderhebungstechniken überproportional. Die Formalisierung und Verknappung des Gesprächsanteils erfolgt dann quasi reflektorisch, ist aber letztlich der falsche Ansatz zur Ökonomisierung ärztlichen Handelns. Das Gespräch als „betriebswirtschaftlicher Luxus“ wird Opfer missverstandener „Sparmaßnahmen“.

Wer lange genug solch ein Herangehen an den Patienten praktiziert, wird als *Arzt* allmählich *selbst* Opfer dieser Wahrnehmungsverzerrung. Er verlernt, dass zum Aufbau einer stabilen und effektiven Arzt-Patient-Beziehung eine Abfolge von bestimmten Annäherungen erforderlich ist:

- Zunächst das *Hinzutreten* an den Kranken zur Erhebung der Anamnese, körperlichen Untersuchung und Gewinnung technischer Befunde.
- Dann ein *Zurücktreten*, um in einer Synopsis den Kranken ganzheitlich und nicht fragmentiert zu erfassen.
- Schließlich eine *neuerliche Zuwendung*, um die Befunde zu übermitteln, eine Annäherung der Wirklichkeiten zu versuchen und in einem partnerschaftlichen Ansatz Übereinkunft über die Therapie zu erzielen (Böker).

Der nur „Bruchstücke“, also Fragmente sammelnde Arzt verliert zunehmend die Fähigkeit, Befunde in einem der Individualität des Kranken entsprechenden Zusammenhang zu bringen, „Übersetzer“ für den Kranken zu werden, ihn als leidende Person wahrzunehmen. Schließlich wird er zum „fragmentierten“ Arzt.

Was dann als ökonomisch verträgliche Medizin erscheint, ist in Wahrheit ärztlich und menschlich eine Bankrotterklärung. Genau das ist das Gegenteil eines qualifizierten Umgangs von Arzt und Patient.

Arzt und Patient als Experten

Das in den USA und zunehmend auch bei uns favorisierte Modell des "Shared Decision Making" stellt einen völlig anderen Ansatz dar²⁵. Es versetzt in einem schrittweisen Informations-, Diskurs- und Vertrauensbildungsprozess Patient und Arzt in die Lage, gemeinsame Therapieziele zu definieren und zu erreichen.

Um zu einer shared decision zu kommen, müssen sich Patient und Arzt Wissen und Wertvorstellungen gegenseitig mitteilen. Ein wichtiger Aspekt des ärztlichen Gesprächs beim shared decision making besteht darin, dem Patienten zu helfen seine Wertvorstellungen, Präferenzen und Wünsche zu konkretisieren und zu artikulieren. Der Arzt wiederum informiert in einer für den Patienten angemessenen Weise über die fachlichen Hintergründe. Der Arzt bleibt Experte für das Wissen, der Patient wird als Experte für seine Präferenzen anerkannt. Eine Therapieentscheidung wird zwischen beiden „Experten“, einvernehmlich gesucht, die Verantwortung wird geteilt²⁶.

²⁵ Charles C, Gafni A, Whelan T.: Shared decision-making in the medical encounter: what does it mean? (or it takes at least two to tango). Soc Sci Med 1997; 44:681-692

²⁶ Büchi M, Bachmann L M, Fischer J E, Peltenburg M, Steurer J: Alle Macht den Patienten? Vom ärztlichen Paternalismus zum Shared Decision Making. Schweizerische Ärztezeitung. 2000; 81: Nr. 49, 2776-2780

In diesem Modell steht das Dialogische der Arzt-Patient-Beziehung ganz im Mittelpunkt. Dieses vermag nicht nur aus medizinischer, sondern auch aus sozialetischer und ökonomischer Sicht Wesentliches zu leisten. Hier wird der Kranke nicht fragmentiert, sondern in eine fruchtbare partnerschaftliche Beziehung eingebunden. Shared decision making eignet sich vor allem für chronische Krankheitsprozesse bei entscheidungsfähigen Patienten.

Totschlagargument „Zeitnot“

Ärzte sind fast immer bereit, den hohen Stellenwert des Arzt-Patient-Gesprächs anzuerkennen, beklagen aber ebenso regelhaft, dass dafür im ärztlichen Alltag nicht genügend Zeit vorhanden sei. Eine junge Berliner Kollegin, die ihren Chef um Rat bat, weil sie befürchtete, mit ihrer Arbeit nicht zurecht zu kommen, erhielt die knappe Empfehlung: „Dann reden Sie einfach etwas weniger mit Ihren Patienten.“

Dabei ist erwiesen, dass sich eine ausreichende Zeitinvestition, vor allem im Erst-Interview, „rechnet“ :

- es entfallen viele zusätzliche Kurzgespräche
- eine patientengerechtere und gezieltere Behandlung wird möglich
- viele diagnostische und therapeutische Umwege und Sackgassen können vermieden werden (verkürzte Verweildauer)
- die beruflichen Anforderungen werden reduziert und
- Kosten im Gesundheitswesen gesenkt²⁷

Qualitätssicherung in der Medizin durch das Gespräch

Arztsein ist ein sprechender Beruf. Das gelungene Arzt-Patient-Gespräch ist ein qualitätssicherndes Element erster Ordnung. Ohne den Arzt der befähigt ist sein wichtigstes Werkzeug, die Sprache, ebenso einführend wie überzeugend einzusetzen, ist Qualitätssicherung in der Medizin nur unzulänglich zu erreichen.

Der sprechende Arzt ist der Garant für eine qualitativ hoch stehende Medizin.

© beim Autor

URL dieses Vortrags:

http://www.linus-geisler.de/vortraege/0406arzt-patient-gespraech_qualitaetssicherung.html

²⁷ Lalouschek, J.: Ärztliche Gesprächsausbildung. Radolfzell. 2002
URL: <http://www.verlag-gespraechsforschung.de/lalouschek.htm>