

tungsweise zu ermöglichen. Meistens geht eine patientenorientierte Zusammenarbeit von einem niedergelassenen Allgemeinmediziner aus, der als Hausarzt seine Patienten gut kennt und bei speziellen Anliegen mit anderen Fachkollegen kooperiert (**Praxisnetze**).

5.5.4 Besondere kommunikative Anforderungen

Je nach Arbeitsfeld des Arztes werden an ihn unterschiedliche Anforderungen bezüglich der Patienten-kommunikation gestellt. Die besonderen Anforderungen ergeben sich einerseits aus der Schwere der Erkrankungen, andererseits aus der Verständigungsmöglichkeit mit den jeweiligen Patienten. Bei **Schwerkranken und Sterbenden** stellt das Fehlen der Aussicht auf Besserung ein besonderes Problem dar. Der Arzt muss sich selbst und dem Kranken häufig gestehen, dass er am Ende seiner Hilfsmöglichkeiten angekommen ist. Eine weitere Kommunikationshürde stellt die **Überbringung ungünstiger Diagnosen** dar. Besonders schwierig ist die Situation, wenn der Betroffene nicht mit der Diagnose rechnet. In so einem Fall sollte der Arzt sich gut auf das Gespräch vorbereiten. Auch die **Verständigung mit Kindern** kann eine Problemsituation darstellen. Gerade bei kleinen Kindern, die sprachlich noch nicht in der Lage sind, über ihre Symptomatik zu berichten, sollte ein Elternteil hinzugezogen werden. Bei älteren Kindern ist es wichtig, dass der Arzt seinen Kommunikationsstil an deren sprachlichen und kognitiven Entwicklungsstand anpasst.

5.5.5 Mögliche Ursachen für Störungen der Kommunikation und Kooperation

Die organisatorisch-rechtlichen Bedingungen

Selbst wenn sowohl Arzt wie auch Patient bemüht sind, eine gute Beziehung aufzubauen, kann dieses Vorhaben durch den organisatorischen Rahmen erschwert werden. Störungen organisatorischer Bedingungen in der Arztpraxis oder im Krankenhaus sind zum Beispiel die hohe Patientenzahl, die den Arzt unter Zeitdruck setzt oder die fehlende Privatsphäre beim Gespräch in einem Mehrbettzimmer im Krankenhaus. Aber auch rechtliche Faktoren wie die ärztliche Gebührenordnung, die ausführliche Beratungsgespräche nur sehr gering finanziell honoriert, können eine gute Kommunikation erschweren.

Die Wahrnehmungs- und Beurteilungsfehler

Auf Seiten des Arztes kann der Aufbau einer guten Beziehung durch eine verzerrte Wahrnehmung des Patienten erschwert sein; vgl. auch eine detaillierte Darstellung von Wahrnehmungs- und Beurteilungsfehlern (S. 212).

Die Reaktanz

Reaktanz bezeichnet eine Art **Trotzreaktion**, bei der man genau das Gegenteil von dem tut, was einem von anderen geraten wird. Diese Reaktion tritt häufig auf, wenn man sich in seiner Rolle angegriffen und in seiner Handlungs- und Entscheidungsfreiheit begrenzt fühlt. Beispielsweise kann ein Arzt, der sich von seinem Patienten in seiner Arztrolle kritisiert fühlt, mit Reaktanz reagieren, indem er die Kritikpunkte des Patienten nicht beachtet, sondern auf seinem Vorgehen beharrt.

MERKE

Unter **Reaktanz** versteht man eine „Trotzreaktion“, bei der genau das gegenteilige Verhalten von dem gezeigt wird, das eigentlich erwünscht ist.

Klinischer Bezug

„**Schwierige Patienten**“. Jeder Arzt begegnet früher oder später „schwierigen Patienten“. Es kann sich dabei z. B. um einen Patienten handeln, der trotz ausführlicher Besprechung des Behandlungsplans keine Compliance zeigt und die Kompetenz des Arztes immer wieder in Frage stellt. In solchen Fällen ist es für den Arzt wichtig, aufkommende Reaktanz („Warum soll ich es ihm noch mal erklären, wenn er mir doch nicht zuhört?“) zu kontrollieren und sich zu bemühen, die Beweggründe hinter dem Verhalten des Patienten herauszufinden.

Die Erwartungsenttäuschung des Kranken

Besonders bei Patienten, die eine große Bereitschaft zur aktiven Mitarbeit haben und ihrerseits alles tun, damit eine baldige Besserung eintritt, kann die Kooperation geschwächt werden, wenn die Besserung nicht eintritt. Aus diesem Grund ist es wichtig, die Erwartungen des Patienten in realistische Bahnen zu lenken.



Check-up



Machen Sie sich nochmals klar, unter welchen Bedingungen es zur Störung der Kommunikation und Kooperation kommen kann und wie Sie dem entgegenwirken können.

5.6 Der Erstkontakt



Lerncoach

Im folgenden Kapitel erfahren Sie, welchen Beurteilungsfehlern man im Erstkontakt zwischen Arzt und Patient aufsitzen kann. Es ist wichtig, dass Sie sich diese gut einprägen, damit Sie versuchen können, sie auch schon im jetzigen ersten Kontakt mit den Patienten zu vermeiden.

5.6.1 Der Überblick

Das erste Zusammentreffen von Arzt und Patient und die Atmosphäre bei der Anamnese bestimmen die weitere Beziehung bedeutend mit. Hier wird der Grundstein für eine vertrauensvolle Beziehung und damit für ein tragfähiges „**Arbeitsbündnis**“ zwischen Patient und Arzt gelegt. Das Arbeitsbündnis kennzeichnet eine gemeinsame Arbeitsaufgabe, die in der Wiederherstellung der Gesundheit des Patienten besteht.

Eine wichtige Grundlage stellen in diesem Zusammenhang eine sinnvoll strukturierte Anamnese und ein einfühlsamer Umgang mit dem Patienten dar. Um diese Themen geht es am Ende des Kapitels. Zu Beginn des Kapitels werden zunächst der Einfluss von Vorerfahrungen und Erwartungen aufseiten des Patienten und verschiedene Beurteilungsfehler, die einem Arzt unterlaufen können, beschrieben.

5.6.2 Die Patientenperspektive

Die subjektive Betroffenheit

Der Patient ist unmittelbar und zumeist emotional von der Krankheit betroffen. Er leidet an Schmerzen oder Beeinträchtigungen und ist zumindest unsicher, häufig auch ängstlich oder verzweifelt. Er ist in der Regel als ganze Person involviert, d. h. auch sein soziales Umfeld (Familie, Partner) und der berufliche Kontext (Arbeitskollegen, Verdienstausschlag) sind betroffen.

Der Patient begegnet dem ersten Kontakt mit dem Arzt nicht neutral, sondern bringt **Vorkenntnisse**, **Krankheitsüberzeugungen**, z. B. Health-Belief (S.265) und **Attributionsstile** (S.152) in die Interaktion mit ein. Diese Vorerfahrungen und Erwartungen beeinflussen die Interaktion.

Die Vorerfahrungen

Der Patient bringt Vorerfahrungen mit, die das Verhalten, Erleben und die Erwartungen an den Arztbesuch bestimmen. Schlechte Erfahrungen können ihn zu einem misstrauischen Interaktionspartner machen, der nur ungern Informationen preisgibt. Dies beeinflusst wiederum das Verhalten des Arztes, der beispielsweise eher dazu neigen wird, Fragen auszusparen, die als unangenehm empfunden werden könnten und die die gespannte Atmosphäre noch verstärken. Auch wird er dazu tendieren, ein zähes Gespräch eher zu beenden, als wenn er es mit einer aufgeschlossenen, ihm Vertrauen und Sympathie entgegenbringenden Person zu tun hat. Es ist die Aufgabe des Arztes eine solche Situation zu erkennen, diesen Tendenzen entgegenzuwirken und eine Situation zu schaffen, in welcher der Patient seine negativen Erfahrungen korrigieren kann.

Die Erwartungen

Im Erstgespräch ist es wichtig, die Vorstellungen, Erwartungen und Einstellungen des Patienten zu erfragen. **Unausgesprochene Erwartungen**, zum Beispiel an die zur Verfügung stehende Zeit des Erstgesprächs oder an die Behandlungs- und Genesungsdauer im Allgemeinen, können unrealistisch sein und zu Enttäuschung und Unzufriedenheit führen.

Auch die Erwartungen an das zukünftige Arbeitsbündnis können interindividuell sehr verschieden sein. Erwarten die Patienten, dass von nun an die Verantwortung allein beim Arzt liegt (die Arbeit ist also ungleich verteilt) oder gehen sie davon aus, aktiv mitarbeiten zu können und ebenso Verantwortung und Anstrengungen auf sich nehmen zu müssen?

Sehen sie den Arzt als einen Dienstleister, der ihnen Ratschläge zu einem von ihnen vorgetragenen Problem gibt, die sie eigenverantwortlich annehmen oder ablehnen können? Oder erwarten sie Verordnungen, die sie sich auf jeden Fall vornehmen umzusetzen?

Um Missverständnisse zu vermeiden, ist ein ausführliches wechselseitiges Gespräch nötig, das auch die Äußerungen von Erwartungen möglich macht. Dennoch ist davon auszugehen, dass einige der Erwartungen, Hoffnungen und Ängste unausgesprochen bleiben oder unbewusst wirken und das Verhalten des Patienten häufig unerklärlich scheinen lassen.

Bedürfnisse des Patienten

Neben den Erwartungen ist es auch wichtig, die Bedürfnisse des Patienten zu kennen bzw. gezielt zu erfragen. Typischerweise zeigen Patienten ein Informationsbedürfnis; sie möchten über ihre Krankheit und den möglichen Umgang damit aufgeklärt werden (Grundlage des „informed consent“). Es findet sich oft auch das Bedürfnis nach Mitwirkung bei medizinischen Entscheidungen (**partizipative Entscheidungsfindung**).

5.6.3 Die Arztperspektive – Mögliche Beurteilungsfehler

Im Gegensatz zum Patienten ist der Arzt in die Krankengeschichte nicht unmittelbar emotional involviert. Im besten Falle bringt er dem Patienten Empathie entgegen, der Krankheit steht er jedoch in einer sachlichen und objektiven Beziehung gegenüber.

Im Erstkontakt mit dem Patienten, wie auch bei allen anderen zwischenmenschlichen Interaktionen, besteht die Gefahr von Beurteilungsfehlern. Nur wenn man um sie weiß, kann man sie zu verhindern versuchen.



Lerntipp

Die Beurteilungsfehler sollten Sie sich einprägen. Sie werden gerne geprüft.

Der erste und der letzte Eindruck

Die Begriffe „**Primacy-Effect**“ und „**Recency-Effect**“ stammen aus der Gedächtnispsychologie und meinen eine Überbetonung des zuerst und zuletzt dargebotenen Objekts in einer Reihe anderer. In Merkfähigkeitsexperimenten zeigt sich, dass Objekte an erster oder letzter Position besser erinnert werden als die mittleren. Dies ist auch für die Beurteilung von Personen relevant.

MERKE

Der erste und der letzte Eindruck, den ein Patient hinterlässt, bestimmen das Gesamturteil über den Patienten unverhältnismäßig stärker mit als Informationen mitten im Gespräch.

Der erste Eindruck beeinflusst zudem das weitere Verhalten des Beurteilers. Wird zum Beispiel von einer sofort auffallenden Gesichtsfärbung des Patienten auf ausgiebigen Alkoholkonsum geschlossen, kann dies den Arzt dazu verleiten, bei der folgenden Informationsgewinnung Fragen in diese Richtung zu stellen und andere außen vor zu lassen.

Die Stereotypen

Bei der Beurteilung von Menschen spielen Überzeugungen eine Rolle, dass Mitglieder bestimmter sozialer Gruppen für sie typische Merkmale besitzen. Solche Überzeugungen heißen Stereotypen und werden automatisch abgerufen. Ein Beispiel sind Geschlechtsrollenstereotype: Ein Arzt könnte von seinen Patientinnen annehmen, dass sie eher über Schmerzen klagen als seine männlichen Patienten, oder umgekehrt.

Der Haloefekt

Ein Haloefekt (auch: **Überstrahlungsfehler**) bezeichnet den unzulässigen Schluss von der Bewertung eines Merkmals auf ein anderes Merkmal. Hierzu zwei Beispiele: In der klinischen Praxis schließt der Arzt fälschlicherweise von einem besonders auffälligen Merkmal, wie dem langsamen Sprechtempo eines Patienten auf eine geringe Intelligenz. Er nimmt von einem ungepflegt erscheinenden Patienten an, dass er hinsichtlich der Medikamenteneinnahme unzuverlässig ist.

Der Kontrastfehler

Bei einem Kontrastfehler bestimmt der **Kontrast zu einer Referenzgruppe oder -person** das Urteil mit. Die Unterschiede hinsichtlich des zu messenden

Merkmals erscheinen größer, als sie eigentlich sind: Wurden vorab Personen beurteilt, die besonders krank waren, kann die Beurteilung einer mittelmäßig kranken Person im Vergleich dazu besonders wenig krank ausfallen.

Der Milde- und der Strengfehler

Bei einem Mildeeffekt werden Merkmale systematisch zu gering, bei einem Strengfehler (Härtefehler) zu hoch beurteilt. Ein Psychiater, dem es unangenehm ist, seinen männlichen Patienten ein hohes Ausmaß an Angst zu bescheinigen, beurteilt das Merkmal zu milde.

Die Projektion

Der Begriff der Projektion stammt aus der Psychoanalyse und meint einen Abwehrmechanismus, bei dem **eigene Wünsche oder Eigenschaften**, die aufgrund ihrer Bedrohlichkeit für den psychischen Apparat nicht akzeptiert werden können, **anderen Menschen zugeschrieben** werden, s. Kapitel „Abwehrmechanismen“ (S.46). Diese Zuschreibungen sind natürlich Fehler bei der Fremdbewertung. Beispielsweise hält der Arzt den Patienten für unfreundlich, wenn er selbst schlecht gelaunt ist.

Der Effekt der zentralen Tendenz

Der Effekt der zentralen Tendenz meint, dass Menschen extreme Beurteilungen vermeiden und stattdessen **mittlere Beurteilungen** wählen. Ein Beispiel: Soll ein Merkmal eines Patienten auf einer 7-stufigen Skala beurteilt werden, werden häufiger mittlere Beurteilungen abgegeben als dass eine „1“ oder eine „7“ gewählt wird.

5.6.4 Die Exploration und die Anamnese

Der Begriff „**Anamnese**“ stammt aus dem Griechischen und bedeutet „Erinnerung“. Erinnert und sorgfältig erfasst werden soll die Vorgeschichte einer psychischen oder körperlichen Erkrankung. Hierzu werden Erkundungen angestellt (**Exploration**), die zu einer Sammlung von Daten führen, anhand derer eine Diagnose gestellt werden kann und aus denen Hinweise auf Ursachen gewonnen werden können. Die Informationen bilden die Grundlage für die Therapieplanung.

Neben der **diagnostischen Funktion** erfüllt das anamnestische Gespräch auch bereits eine erste **therapeutische Funktion**: Der Arzt hört dem Patienten zu, interessiert sich für seine Beschwerden und signalisiert Unterstützung. Durch eine ausführliche Edukation nimmt er dem Patienten Angst und reduziert Unsicherheit.

Die Arten einer Anamnese

Die erste Einteilung des Anamnesebegriffs betrifft die Quelle der Informationen.

- **Eigenanamnese:** Die Krankengeschichte wird im ärztlichen Gespräch mit dem Patienten selbst erhoben (die Daten stammen sozusagen direkt vom Patienten).
- **Fremdanamnese:** Befragung von Angehörigen, des Vormunds, Bekannten oder Kollegen zur Krankheitsgeschichte.

Eine weitere Einteilung des Anamnesebegriffs geschieht anhand des Inhalts der erfassten Informationen.

- **Allgemeine Anamnese:** Erhebung von biografischen und medizinischen Daten.
- **Krankheitsanamnese:** Erhebung der Entwicklung und des Verlaufs des aktuellen Krankheitsbildes.
- **Familienanamnese:** Erfragung beispielsweise der erblichen Belastungen und der Krankheiten in der Familie
- **Sozialanamnese:** Erfragung der Lebensverhältnisse (z. B. Partnerschaft, Beruf, Wohnverhältnisse)
- **Medikamentenanamnese:** Erfassung der aktuellen und bisherigen Medikation und deren Wirkung.
- **Sexualanamnese:** Hier werden Aspekte der Sexualität für bestimmte Fragestellungen erfasst (z. B. in der Gynäkologie, Urologie oder bei unklaren Beschwerden im Bereich der Sexualorgane), s. **Video 2.1.**

Die Struktur der Anamnese

Die Anamnese dient wie das Interview der zielgerichteten Gewinnung von Informationen. Auch ein anamnestisches Gespräch kann direktiv oder non-direktiv geführt werden und unterschiedliche Frageformen enthalten.

Zu Beginn der Anamnese bietet sich ein **non-direktives** oder patientenorientiertes Vorgehen an. Der Patient bestimmt hierbei den Verlauf und die Inhalte des Gesprächs mit und erhält die Gelegenheit, ihm wichtige Informationen mitzuteilen. Dies wird durch **offene Fragen** realisiert, d. h. durch Fragen, die eine große Bandbreite von Antworten zulassen. Eine häufig genannte Beispiel ist die Frage nach dem Anlass des Arztbesuches: „Was führt Sie zu mir?“. Durch offene Fragen wie „Woher glauben Sie stammen Ihre Schmerzen?“ kann der Arzt auch Einblick in die subjektiven Krankheitstheorien des Patienten gewinnen. Eine **Sondierungsfrage** ist eine offene Frage, die einer groben ersten Orientierung dient (z. B. „Bei welchen Aktivitäten tritt dieser Schmerz auf?“).

Das non-direktive geht häufig im Laufe des Gesprächs in ein **direktives** oder arztzentriertes Vorgehen über. Bei dieser Gesprächsform lenkt der Arzt

den Verlauf und die Inhalte durch die Formulierung seiner Fragen. Es kommen hierin überwiegend **geschlossene Fragen** vor. Sie beschränken die Antwortmöglichkeiten des Patienten und werden häufig eingesetzt, um grundlegende Informationen zu sammeln. Beispiele für geschlossene Fragen sind: „Wie alt sind Sie?“ oder „Nehmen Ihre Schmerzen über den Tag hinweg zu, ab oder bleiben sie unverändert?“, vgl. Alternativ- oder Katalogfrage (S. 76).

Klinischer Bezug

Anamnese bei einem Kind. Ein Arzt behandelt ein Kind, dessen sprachliche Ausdrucksfähigkeit noch nicht so weit ausgeprägt ist, dass es detailliert auf die Fragen des Arztes antworten kann. So kombiniert der Arzt eine Eigen- mit einer Fremdanamnese: Neben einfachen Fragen, die er an das Kind direkt richtet, wie beispielsweise die Frage nach dessen Alter (Teil der allgemeinen Anamnese), befragt er auch die anwesenden Eltern nach dem Verlauf und der Entwicklung des Krankheitsbildes (Krankheitsanamnese).

5.6.5 Die körperliche Untersuchung

Die körperliche Untersuchung ist mehr als das Anwenden medizinischer Behandlungstechniken. Sie schafft eine besondere psychologische Situation, die sich in vielerlei Hinsicht von üblichen zwischenmenschlichen Beziehungen abhebt. Dies gilt für den Patienten und für den Arzt.

Patientenperspektive

Für die meisten Patienten stellt die körperliche Untersuchung eine **Ausnahmesituation** dar, in der ihre Privat- und Intimsphäre betreten wird. Unter der **Intimsphäre** wird der Bereich verstanden, der üblicherweise vor dem Eindringen anderer geschützt wird.

Die Intimsphäre umfasst sowohl psychische als auch physische Komponenten: Gedanken und Gefühle sollen nicht öffentlich werden, eine gewisse räumliche Distanz vor allem von Fremden zum eigenen Körper ist erwünscht.

Im ärztlichen Gespräch und bei der körperlichen Untersuchung bleibt es nun häufig nicht aus, zumindest teilweise gegen beide Anliegen zu verstoßen. Die Patienten werden über Dinge befragt, die ihnen unangenehm sein können und persönliche oder gesellschaftliche Tabus überschreiten (Alkoholkonsum, Sexualverhalten) und der eigene, häufig entkleidete Körper wird von einer fremden Person berührt.

Auf Verletzungen der Intimsphäre (z. B. bei gynäkologischen Untersuchungen) reagieren Menschen mit **Scham**. Hinzu kommen weitere negative Emotionen wie die **Angst** vor chirurgischen Eingriffen und vor Schmerzen, die der Arzt zum Beispiel beim Setzen

von Spritzen zufügen muss. Auch das Gefühl der **Abhängigkeit** und des Ausgeliefertseins kennzeichnen die körperliche Untersuchung aus der Perspektive des Patienten.

Eine offene und empathische Kommunikation zwischen Arzt und Patient helfen eine vertrauensvolle Beziehung aufzubauen, die diese negativen Emotionen abschwächen.

Arztperspektive

Im Gegensatz zum Patienten hat der Arzt in der Regel tagtäglich mit der Situation einer körperlichen Untersuchung zu tun. Er konnte Erfahrungen und Bewältigungskompetenzen ausbilden und ist so gegenüber dem Patienten im Vorteil. Die sich zwangsläufig einstellende **Routine** im Umgang mit der Situation sollte nicht dazu verleiten, die Besonderheit der Situation für den Patienten zu unterschätzen.

Aber auch der Arzt gerät in Situationen, die von seiner Routine als Mediziner abweichen und persönliche Gefühle und Einstellungen präsen- ter machen. Beispiele sind das Empfinden von **Trauer oder Wut** bei einem besonders harten und als ungerecht empfundenen Patientenschicksal, das **Sich-angezogen-Fühlen** von einem attraktiven Patienten oder **Abneigung** und Ekel gegenüber einem verwahrlosten, übelriechenden Patienten. Hier gilt es die Erwartung an die **affektive Neutralität** zu erfüllen und die eigenen Gefühle nicht das ärztliche Handeln zum Nachteil des Patienten leiten zu lassen.

Der Arzt hat das Recht, in die Privat- und Intimsphäre des Patienten einzudringen und körperliche Eingriffe vorzunehmen (**Eingriffsrecht**). Mit diesem Recht ist die Pflicht verbunden, sorgfältig und gewissenhaft mit dem ärztlichen Auftrag umzugehen. Dies bedeutet auch, die emotionale Befindlichkeit des Patienten zu bemerken und sofern möglich zu berücksichtigen. Trotz praktischer Zwänge wie Zeitdruck und Routine sollte der Arzt das ihm entgegengebrachte Vertrauen zu schätzen wissen und behutsam damit umgehen.

Klinischer Bezug

Gynäkologische Untersuchung. Viele Patientinnen verbinden mit dem völligen Nacktsein Gefühle der Scham und des Unwohlseins. Dies kann durch ein zweischrittiges Vorgehen bei einer gynäkologischen Untersuchung umgangen werden: Bei der Untersuchung der Brust entkleidet die Patientin nur den Oberkörper, bei der anschließenden gynäkologischen Untersuchung nur den Unterkörper.



Check-up

- ✓ **Rekapitulieren Sie, welche Faktoren von Patientenseite aus die Interaktion zwischen Arzt und Patient beeinflussen können.**
- ✓ **Welche Beurteilungsfehler haben Sie kennengelernt?**
- ✓ **Welches Vorgehen ist zu Beginn einer Anamnese sinnvoll?**



Kapitel 6

Urteilsbildung und Entscheidung

- 6.1 Die Grundlagen der diagnostischen Entscheidung 219
- 6.2 Die Urteilsqualität 221