

Arzt-Patientenbeziehung Grundsätze - Wirkfaktoren „Droge Arzt“

Dr. med. Jürgen Junglas, Bonn

Diplom-Psychologe, Arzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, Psychosomatische Medizin
und Psychotherapie;
Suchtmedizinische Grundversorgung

Niemand ist anders von mir behandelt worden, als
ich behandelt sein möchte, wenn ich dieselbe
Krankheit bekäme
Sydenham, 17. Jhdt.

Es muß vor allem so sein, dass der Eintritt des
Arztes ... etwas vom Sonnenaufgang an sich
habe

Heinrich Hoffmann um 1890

Säulen ärztlichen Handelns Jaspers 1999

- Naturwissenschaftliche Erkenntnis und technisches Können
 - Wird gelehrt
 - Kann geplant werden
 - Wird klarer, didaktischer, kritischer, methodischer
- Ethos der Humanität
 - Überliefert durch ärztliche Persönlichkeit
 - Entfaltet sich ohne grundsätzlichen Fortschritt neu in jedem Arzte

Arzt heute Jaspers 1999

- Der Arzt ist ein Wissender
- Der Arzt kommt dem Nichtwissenwollen entgegen
- Er hält es für sinnvoll, vernünftig zu tun, was zur Hilfe leidender Menschen möglich ist, auch wenn es verschwindend scheint
- Eine Haltung der scheinbaren Unbetroffenheit braucht gerade der Arzt, welcher der ergriffenste ist

- Er sieht die Grenzen seines Könnens
- Der Arzt muss anders werden, wie Menschen sonst sind

Welche Eigenschaften für einen Arzt am wichtigsten?

Delay & Pichot 1966-1978

- 66 % Berufsethos
- 62 % Genauigkeit der Diagnose
- 51 % Ärztliche Hingabe
- 35 % Sicherheit in den Entscheidungen
- 33 % Wissenschaftliche Kenntnisse
- 12 % Zeit für den Kranken; Offenheit
- 11 % Uneigennützigkeit
- 8 % Herzlichkeit
- 5 % Autorität

Checkliste Gute Arztpraxis

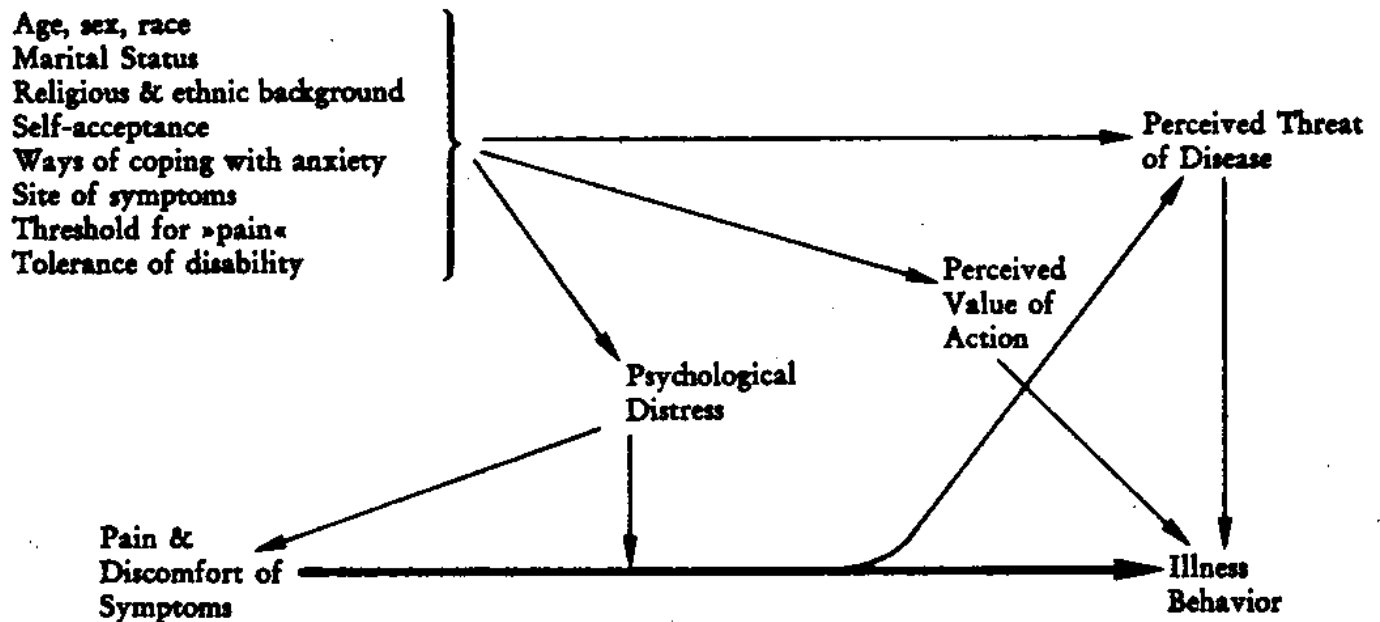
Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin; Juli 2005

(BAG Selbsthilfe, Forum chr. Kranke Paritätischen, DAG Selbsthilfegruppen, BÄK, KBV, ÄZQM, ÄK Berlin)

- Nimmt der Arzt mich und mein spezielles gesundheitliches Problem ernst?
- Erhalte ich eine umfassende und verständliche Aufklärung?
- Erhalte ich von meinem Arzt weiterführendes Informationsmaterial und Informationen über Hilfsangebote?
- Kann ich gemeinsam mit meinem Arzt über die Art meiner Behandlung entscheiden, bzw. unterstützt mein Arzt mich darin eine Entscheidung zur Behandlung treffen zu können?
- Werde ich von Arzt und Praxispersonal freundlich und respektvoll behandelt?
- Erhalte ich ohne Probleme Zugang zu meinen Patientenunterlagen?
- Akzeptiert mein Arzt, dass ich im Zweifelsfall eine zweite Meinung einholen möchte?
- Wird in der Praxis meine Intimsphäre gewahrt?
- Wird in der Praxis der Schutz meiner persönlichen Daten gewahrt?
- Bietet mein Arzt eine Praxisorganisation, die mir den Arztbesuch erleichtert?
- Sind Qualitätsmaßnahmen in der Praxis meines Arztes für mich als Patient erkennbar?

Krankheitsverhalten Kasl & Cobb 1966

nach Schmädel in Ritter-Röhr 1975



Hypothetische Faktoren für die Inanspruchnahme ärztlicher Hilfe Schmädel in Ritter-Röhr 1975

- Subjektiv wahrgenommener Leidensdruck
- Soziale Vorstellungen über ärztlich behandlungsbedürftige Krankheiten, vermittelt durch die Bezugspersonen und Gruppen
- Einschätzung der Effektivität ärztlicher Hilfe allgemein
- Einschätzung der real in Betracht kommenden ärztlichen und nicht-ärztlichen Hilfsmöglichkeiten

Nutzen und Kosten des Arztbesuchs Schmädel in

Ritter-Röhr 1975

- Nutzen
 - Zuteilung und Legitimierung der Krankenrolle
 - Diagnose der Krankheit
 - Hilfe bei der Bekämpfung der Krankheit

- Hilfe bei der Bekämpfung der Angst vor der Krankheit
- Hilfe in allgemeinen Krisensituationen
- Kosten
 - Psychische
 - Soziale
 - Zeitlich-finanzielle

Kommunikationsprobleme

Schulz von Thun 1981



Abb. 3: Beispiel für eine Nachricht aus dem Alltag: Die Frau sitzt am Steuer, der Mann (Beifahrer) ist Sender der Nachricht.

4 Seiten einer Nachricht

Schulz von Thun 1981

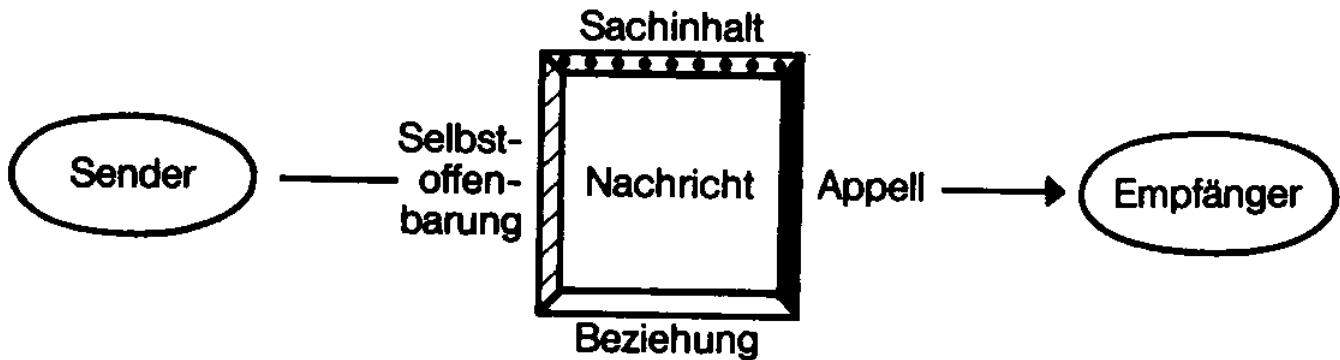


Abb. 4: Die vier Seiten (Aspekte) einer Nachricht – ein psychologisches Modell der zwischenmenschlichen Kommunikation.

Hausarzt und psychische Störung

- 120 Konsultationen (Tonband)
 - Hausarzt
 - Orientierende symptomatische Einschätzung (OSE)
 - Ärztliche Psychotherapeutin
 - Strukturiertes klinisches Interview (SKID)
 - Beeinträchtigungsschwere (BSS)
- Bei 60,8 % psychische Störung (OSE)
 - Ärztinnen 57,5 %, Ärzte 66,0 %
 - Korrekt: 65,1 % Patientinnen, 50 % Patienten
 - Je länger die Konsultation umso eher erkannt
 - Je mehr der Arzt kontrolliert, und der Patient sich unterordnet, umso weniger erkannt

Interviewformen in der Allgemeinpraxis (C.H.Gill)

1977 in Balint & Norell)

- Übliche ärztliche Beratung
 - krankheitsorientiert
- Detektivartiges persönliches Gespräch
 - Patientenorientiert

- Versuch, eine Diagnose der Persönlichkeit zu erstellen
- „Flash“-Interview
 - Patientenorientiert + Arzt-Patient-Beziehung
 - Blitzartige „Erleuchtung“ über die Persönlichkeit
 - Reduktion der Zurückhaltung auf beiden Seiten
 - Ermöglicht Mitteilung (beidseitig)

„Flash“-Technik: Arbeitsrichtlinien

nach: E. Balint 1977 in Balint & Norell

- Mache dich von deinen Theorien unabhängig!
 - Sie behindern die Wahrnehmung für das Spontane
- Nach Kommentar oder Deutung intensiv im reflektierenden Kontakt bleiben
 - Nutzen nur dann wenn sich beide auf die Arbeit konzentrieren
- Respektiere das Recht des Patienten, sein Privatleben für sich zu behalten!
 - Die Abwehr des Patienten nicht durchbrechen!

„Flash“-Technik Gill 1977

- Ganz gewöhnliche zwischenmenschliche Erfahrung
- Arzt muss sich von der Vorstellung trennen, dass er das Geschehen steuern sollte
- Auf (Not des) Patienten „einstimmen“
- [mitleiden & mithelfen] jj

Lassen Sie sich vom Patienten „benutzen“!

- Problem der „apostolischen Mission“ (Balint):
 - Arzt weiß, was für den Patienten gut ist und wie er sich zu verhalten hat
- Statt: Wie kann ich den Patienten am besten untersuchen, beurteilen, behandeln?
- Auf welche Weise kann sich der Patient mich am besten zunutze machen?

Inneres Interviewformular

nach Courtenay in Balint & Norell 1977

- Daten und Fakten
- Beschwerden und traditionelle Diagnose
- Gesamtdiagnose

- Iatrogen (*Das Verstehen von Menschen in beruflicher Eigenschaft* (Balint 1964))
- Autogen
- Therapieplan
 - Traditionell
 - Fokal
- Vorhersagen
- Bewusste und unbewusste Gründe des Patienten (Aufträge)
- Kollusion
- „Flash“

Das ärztliche Gespräch

- Augenkontakt
- Ebene:
Hier und jetzt!
- Die Kunst der offenen Frage!

Botschaften des Patienten

- Worte
 - Lüge
 - Jargon der Uneigentlichkeit
 - Flucht in das „man“
- Mimik, Gesten
- Übertragung und Gegenübertragung
- Szene
- Schweigen (was wird verschwiegen?)

Basics

- Gefühle sind immer richtig!
- Die Realität ist nicht so wichtig wie die Phantasie
- Der Patient sucht und fürchtet die Beziehung zu mir
- Der Patient versucht mich zu kontrollieren und will sich mir willig unterwerfen (um Hilfe zu erhalten)

Weitere Basics

- Keine Botschaft ist eindeutig!
- Je früher ich weiß, was der Patient hat, umso weniger weiß

ich von ihm Therapeutische Gesprächssituation

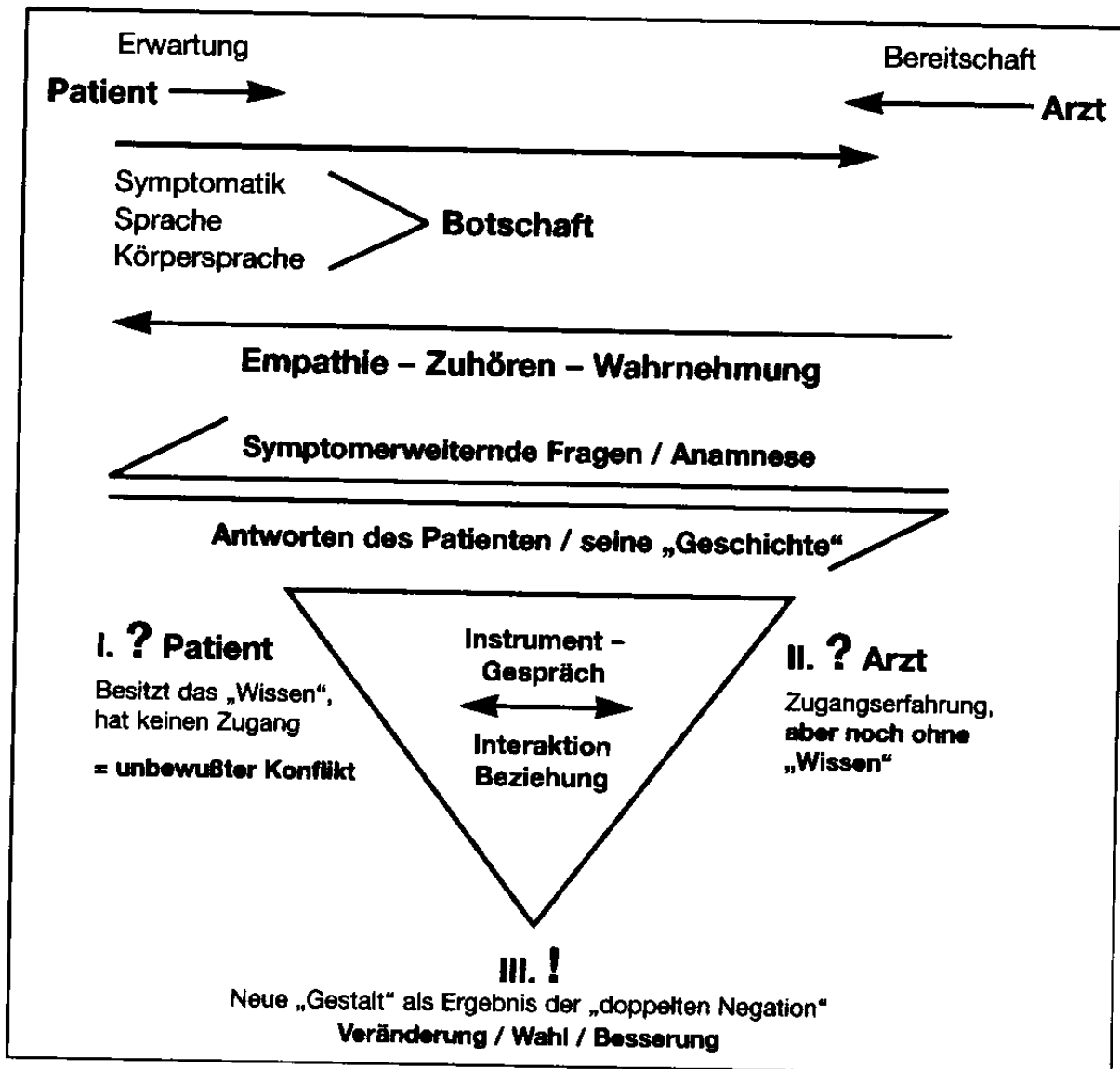


Abb. 3.1. Schema der therapeutischen Gesprächssituation (Wetzig-Würth)

Diagnose-Schema

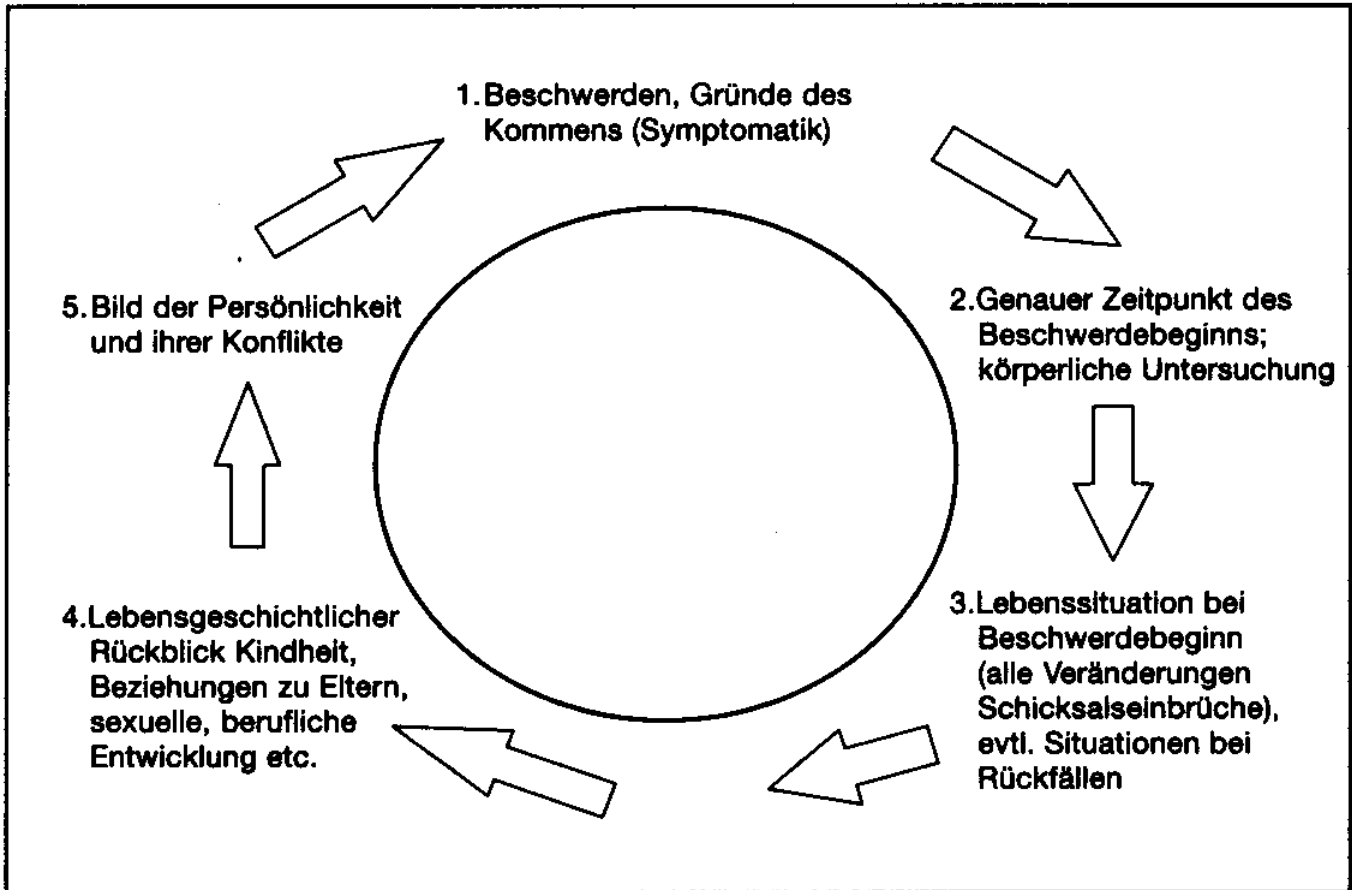


Abb. 3.2. Diagnose-Schema nach Bräutigam (1973)

Ärztliche Kardinalfehler

Adam DÄB 101(18)B1068

- Unterbrechen (schon nach 18 sec!)
- Chronisch Kranken wird nach durchschnittlich 11 Minuten lediglich 7 Sekunden Redezeit eingeräumt
- Teilweise vergessen oder verwechseln Ärzte die Namen ihrer Patienten
- Verstohlene Blicke zur Uhr
- *Ein Mensch mit Schmerz oder Angst hat eine um Vielfaches erhöhte Aufmerksamkeit, die sich auf den Behandler richtet*