

Wenn ein Arzt im AnamneseGespräch Hinweise auf die emotionale
Belastung des Patienten aufgreift
und sie anspricht, dauern ärztliche
Gespräche laut Studien weniger lang
als jene, bei denen dies nicht beachtet
wird. Die durchschnittliche Zeitreduktion liegt bei rund zehn Prozent.
Werden emotionale Signale nicht
beachtet, führt dies eher zu länger
dauernden Konsultationen.

Christian Fazekas\*

# Gesprächsführung in der Medizin

#### Aktuelle Entwicklungen

#### Gesprächsqualität und medizinische Versorgung

Die Qualität der Gesprächsführung in der Medizin findet in den letzten Jahren auf mehreren Ebenen verstärkt Beachtung. Aus Sicht der Patienten hat das ärztliche Gespräch eine Schlüsselrolle in der Behandlung und der Vermittlung von gesundheitsrelevanten Informationen. Befragungen zeigen, dass Ärzte bei gesundheitlichen Problemstellungen unangefochten die wichtigste Informationsquelle sind. An zweiter Stelle rangieren bereits Internetportale wie Google und Wikipedia.

Zunehmend befassen sich auch diverse Leitlinien wie etwa zu onkologischen, kardiovaskulären und endokrinologischen Krankheitsbildern mit konkreten Empfehlungen zur ärztlichen Gesprächsführung. Besonders differenzierte Empfehlungen, was und wie kommuniziert werden soll, finden sich in der seit 2018 aktualisierten S3-Leitlinie zu funktionellen Körperbeschwerden der Arbeitsgemeinschaft Wissenschaftlicher Medizinischer Fachgesellschaften (AWMF). Behandelt werden auch Aspekte der Kommunikation in Behandlungsteams. So wurde gezeigt, dass eine adäquate Führungskommunikation die Ergebnisse der kardiopulmonalen Reanimation verbessert.

#### Theorie-Praxis-Kluft

"Theorie-Praxis-Kluft" bedeutet, dass zwar die Vermittlung kommunikativer Kompetenzen in der Ausbildung verankert ist, die konkrete Umsetzung im medizinischen Alltag jedoch hinterherhinkt. Bei Befragungen der Bevölkerung über verschiedene europäische Länder hinweg schneidet Österreich bei der ärztlichen Gesprächsqualität unterdurchschnittlich ab. So gaben hierzulande 22 Prozent der Befragten an, sie hätten Schwierigkeiten zu verstehen, was ihr Arzt sagt. 32 Prozent haben Schwierigkeiten, mithilfe der Information des Arztes, Entscheidungen bezüglich ihrer Krankheit zu treffen. Sicherlich tragen mehrere Faktoren zur Theorie-Praxis-Kluft bei; oft wird auf den zunehmenden Druck

im Gesundheitssystem und fehlende Zeit für Patienten hingewiesen. Häufig wird auch das Bemühen um gute Gesprächsqualität im Alltag kaum wertgeschätzt. Beklagt werden u.a. ein Mangel an Rollenmodellen und Mängel in der Honorierung ärztlicher Gespräche sowie der dadurch mitbedingte fragwürdige Stellenwert professioneller Gesprächsführung in der Medizin.

#### Gesundheitssystem im Wandel

Ohne Zweifel nehmen die fortschreitende Spezialisierung, Technologisierung und Digitalisierung generell Einfluss auf die Kommunikation und damit auf die Beziehung zwischen Arzt und Patient, ebenso die konkreten zeitlichen, örtlichen, technischen und ökonomischen Rahmenbedingungen für das ärztliche Gespräch. Ob sich daraus vorwiegend zusätzliche Risiken oder neue Chancen für effektive Kommunikation und eine stärker patientenzentrierte Versorgung ergeben, beispielsweise durch den Einsatz von Telemedizin oder gezielte Bemühung um Prävention, bleibt abzuwarten. Mitentscheidend könnte sein, welche (zentrale oder Neben-)Rolle der Patient und das wirksame ärztliche Gespräch bei der zukünftigen Gestaltung der Kernprozesse in der Medizin real einnehmen werden.

#### Evidenz zur Arzt-Patient-Kommunikation

Eine Vielzahl an Übersichtsarbeiten und Studienergebnissen unterstreicht den Mehrwert effektiver Kommunikation. Folgende Ergebnisbereiche lassen sich durch wirksame Kommunikation verbessern:

- Qualität der Arzt-Patient-Beziehung
- Diagnostische Genauigkeit
- Compliance/Adhärenz
- Gesundheitsverhalten
- · Gemeinsame Entscheidungsfindung
- Behandlungsergebnisse
- Patientenzufriedenheit
- Patientensicherheit

**>>** 

» Für den Arzt ergibt sich bei sogar geringerem Zeitaufwand, ein Zuwachs an Verständnis für den Patienten. Die Arbeitszufriedenheit ist erwiesenermaßen höher, ebenso die Wertschätzung der Tätigkeit des Arztes vonseiten der Patienten und Angehörigen. Für das Gesundheitssystem bedeutet wirksamere Kommunikation eine verbesserte Versorgung bei geringeren Gesundheitskosten. Außerdem nimmt die Wahrscheinlichkeit juridischer Klagen deutlich ab.

#### Merkmale effektiver Kommunikation

#### Krankheit und Erkrankung - zwei Perspektiven

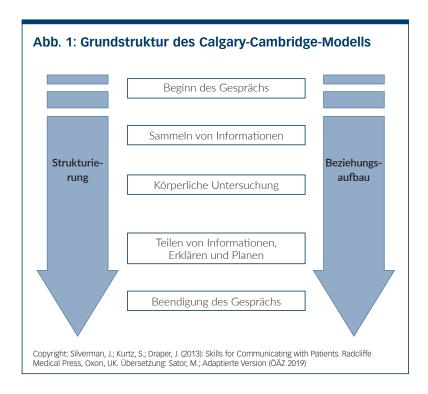
Im Rahmen eines Erstgesprächs dient die klassische Anamnese dazu, Symptome und andere medizinisch relevante Informationen zu erfragen. Durch Untersuchungen wird versucht, die Verdachtsdiagnose zu bestätigen, sodass eine evidenzbasierte Behandlung für die Krankheitsentität eingeleitet werden kann. Diese Vorgangsweise wurde von McWhinney et al. als Arztzentriert bezeichnet. Die Agenda des Arztes dreht sich hierbei vorrangig um die Diagnostik und Behandlung einer Krankheit (Disease) und deckt sich selten mit der Agenda des Patienten. Beim Patienten steht oft das gubiektige Erleben der Erkrankung (Illnese) im Mittels

subjektive Erleben der Erkrankung (Illness) im Mittelpunkt. Das wirft verschiedene Fragen für das ärztliche Gespräch auf.

McWhinney et al. haben daher ein alternatives, patientenzentriertes Referenzkonzept für die ärztliche Gesprächsführung vorgeschlagen, das Disease-Illness-Modell (1984). Damit wollten sie dazu anleiten, die vorrangigen Agenden beider Gesprächspartner aufzuspüren und im ärztlichen Gespräch miteinander zu verbinden. Demnach geht es im Gespräch sowohl um die Diagnostik und Behandlung als auch um das Erleben der Erkrankung und deren subjektive Auswirkungen. Für den Patienten bedeuten Symptome körperliche und/oder psychische Beschwerden, sie gehen mit Belastungen und Ängsten einher und werfen Fragen auf, die Patienten klären möchten, um mit der aktuellen Situation besser zurechtzukommen. Wolf Langewitz, Internist, Psychosomatiker und Kommunikationswissenschafter, hat darauf mit folgenden Worten hingewiesen: "Das Gespräch zwischen Arzt und Patient ist das Fundament einer guten Behandlung. Patienten wollen gehört werden, wenn es darum geht, ihre Beschwerden diagnostisch einzuordnen und allenfalls zu behandeln. Diese Erkenntnis ist nicht neu, aber sie ist noch immer aktuell."

#### Patienten-zentrierte Gesprächsführung

Die empfohlene Einbeziehung der subjektiven Patientenperspektive fördert eine symmetrische Ausrichtung des Gesprächs bei einer grundsätzlich asymmetrischen Ausgangslage in der Arzt-Patient-Beziehung. Der Aufbau einer tragfähigen Beziehung gelingt eher, wenn ärztlicherseits – sowohl beim Einholen



von Informationen als auch bei der Informationsvermittlung – ein dialogisches Prinzip verwirklicht wird. Der Patient soll sich eingeladen fühlen, sich aktiv in das Gespräch einzubringen.

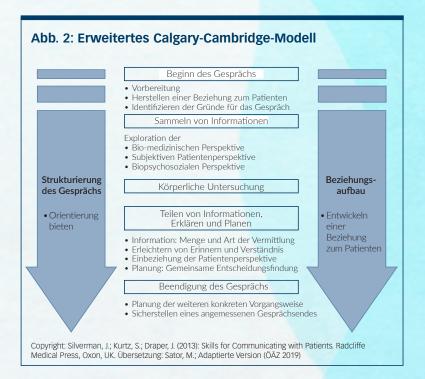
Die Forschung der letzten Jahrzehnte hat die im Disease-Illness-Modell formulierten Annahmen durchwegs bestätigt, dass die Kommunikation wirksamer ist, wenn beide Agenden beachtet werden. Demnach kann wirksame ärztliche Kommunikation anhand folgender Merkmale beschrieben werden:

- Eine tragfähige Arzt-Patient-Beziehung wird etabliert.
- Das Erkunden der Patientenperspektive findet statt.
- Hinweise (nonverbal und verbal) auf emotionales Erleben werden vom Arzt verbal aufgegriffen.
- Es wird Einigkeit erzielt hinsichtlich der Agenda des Gesprächs.
- Eine gemeinsame Entscheidungsfindung führt zum Festlegen der Behandlungsstrategie.

Diese Charakteristika werden in der Literatur und in Kommunikationstrainings zusammenfassend als Patienten-zentrierte Gesprächsführung bezeichnet; dabei bleibt der Arzt-zentrierte Anteil natürlich enthalten. Dies bietet außerdem Gelegenheit, zusätzlich zu den biologisch relevanten Faktoren auch psychische und soziale Faktoren zu erfassen und somit den biomedizinischen Zugang um die biopsychosoziale Perspektive zu erweitern.

#### Faktor Zeit

Kostet die beschriebene Patienten-zentrierte Gesprächsführung insgesamt mehr Zeit? Offenbar nicht. Zwar entsteht zu



Beginn der Arzt-Patient-Interaktion meist ein höherer Zeitaufwand, wenn der Patient seine Symptome möglichst vollständig beschreibt und seine Anliegen anspricht. Das aktive Zuhören, ohne den Patienten vorschnell zu unterbrechen, kostet naturgemäß Zeit. Dennoch ist diese Vorgangsweise für die weitere Behandlung vorteilhaft und effizient. Insgesamt bestätigt eine Reihe an Untersuchungen, dass Patienten-zentrierte Gespräche nicht länger dauern.

Greift der Arzt noch dazu Hinweise auf emotionale Belastung des Patienten auf und spricht sie an, dauern ärztliche Gespräche laut Studien sogar kürzer als jene, bei denen dies nicht beachtet wird. Untersuchungen mit Allgemeinmedizinern belegten eine durchschnittliche Zeitreduktion um 12,5 Prozent, bei chirurgischen Konsultationen um 10,7 Prozent und bei onkologischen Konsultationen zwischen zehn und zwölf Prozent. Demnach führt die fehlende Beachtung emotionaler Signale eher zu länger dauernden Konsultationen.

# Gesprächsstruktur und kommunikative Fertigkeiten

Wie funktioniert Patienten-zentrierte Gesprächsführung konkret? Welche kommunikativen Fertigkeiten sind hilfreich und sollten im Rahmen von Kommunikationstrainings vermittelt werden? Zunächst muss hierfür der typische Ablauf eines ärztlichen Gesprächs durchdacht werden. Dafür kann als weiteres theoretisches Konzept das Calgary-Cambridge-Modell herangezogen werden, das auch zur Vermittlung evidenzbasierter kommunikativer Fertigkeiten verwendet wird. Es skizziert den typischen Ablauf eines medizinischen Interviews, indem es vier Gesprächsabschnitte unterscheidet und hinsichtlich ihrer kommunikativen Funktionen benennt: (1) Beginn des Gesprächs; (2) Sammeln von Informationen; (3) Teilen von Informationen, erklären und planen; (4) Beendigung des Gesprächs (Abb. 1). Typischerweise findet nach dem Sammeln von Informationen und vor der Informationsvermittlung eine körperliche Untersuchung statt. Das Calgary-Cambridge-Modell weist auf zwei weitere Ebenen hin, die während der Gesprächsführung zu beachten sind: nämlich die erforderliche Strukturierung und der Beziehungsaufbau.

Auf Basis der Grundstruktur des Calgary-Cambridge-Modells können die Aufgaben einer Patientenzentrierten Gesprächsführung pro Gesprächsabschnitt konkretisiert werden (Abb. 2). Dadurch lässt sich beispielhaft die Frage beantworten, inwiefern sich einzelne kommunikative Fertigkeiten (Skills) für bestimmte Gesprächsabschnitte besonders eignen, während andere "Skills", etwa aktives Zuhören und empathisches

Verhalten, sich generell als wertvoll für eine Patienten-zentrierte Gesprächsführung erwiesen haben.

#### Gesprächsablauf

#### Zu Beginn des Gesprächs

#### Beachten eigener Signale

Bereits zu Gesprächsbeginn beeinflussen verbale und nonverbale Signale, die der Arzt aussendet, den Beziehungsaufbau. Begrüßt er den Patienten mit Namen? Stellt er Augenkontakt her? Ist er bei der Gesprächseröffnung dem Patienten zugewandt oder etwa mit Bildschirm und PC beschäftigt?

#### Orientierung bieten

Im Krankenhaussetting ist es Patienten oft nicht klar, wer der jeweilige ärztliche Gesprächspartner ist und aus welcher Funktion heraus das ärztliche Gespräch gesucht und geführt wird. In Anbetracht kürzerer stationärer Aufenthaltsdauern und personeller Fluktuation hat sich für die Patienten die Zahl unterschiedlicher ärztlicher Gesprächspartner während des Aufenthaltes in den letzten Jahren erhöht. Daher sollte der Arzt jedenfalls sicherstellen, dass sein Patient weiß, mit wem er spricht.

Darüber hinaus ist es auch vorteilhaft, dem Patienten schon zu Beginn des Gesprächs Orientierung zum geplanten Gesprächsinhalt zu bieten. Beispielsweise: "Ich möchte mit Ihnen in den kommenden fünf Minuten gerne über die für morgen geplante Untersuchung sprechen. Dazu möchte ich Ihnen ein paar » » wichtige grundlegende Informationen geben und danach Ihre Fragen dazu beantworten."

#### Beim Sammeln von Informationen

#### Offene Fragen nützen

Bei offen formulierten Fragen bringen sich Patienten umfassender und aktiver ein als bei geschlossener Fragestellung, die eine Antwort mit "Ja" oder Nein" nahelegt. Für die Patientenzentrierte Gesprächsführung, speziell für das Sammeln von Informationen, wird daher der gezielte Einsatz offener Fragen empfohlen, zum Beispiel: "Was ist Ihr Anliegen?" Oder: "Welche Beschwerden haben Sie sonst noch?" Nach einer offenen Frage sollte eine kurze Pause folgen, weil die Beantwortung manchmal eine Nachdenkpause erfordert.

#### Inhalte zusammenfassen

Während der Arzt Informationen einholt, kann er zwischendurch das Gehörte zusammenfassen. Dadurch hört der Patient, was beim Arzt angekommen ist und der Arzt kann sicherstellen, dass er die Information korrekt verstanden hat.

#### Beim Teilen von Informationen, Erklären und Planen

#### Informationsstand berücksichtigen

Bevor neue Informationen vermittelt werden, kann der bisherige Informationsstand abgefragt werden. Dies ermöglicht es dem Arzt, inhaltlich und zeitlich effizient an das Vorwissen anzuknüpfen und eventuelle Fehlannahmen gleich zu korrigieren.

#### Info-Blöcke

Die Gesamtinformation sollte in kleinen Blöcken vermittelt werden. Dadurch erinnert sich der Patient nachweislich an mehr Gesprächsinhalte. Kurze Pausen zwischen den Blöcken erlauben das Nachfragen und können zu einem besseren Verständnis der Information beitragen. Medizinischer Jargon soll vermieden werden.

#### Gemeinsame Entscheidungsfindung

Steht eine medizinische Therapie-Entscheidung an, wird empfohlen, dies klar zu kommunizieren. Außerdem soll der Patient möglichst beteiligt werden. Die partizipative Entscheidungsfindung (shared decision-making) empfiehlt sich umso mehr, je größer die Bedeutung der Entscheidung für den Patienten ist (zum Beispiel operatives oder konservatives Vorgehen bei einer Frakturversorgung oder bei einer Patientin mit Mamma-CA: OP brusterhaltend oder nicht?).

Natürlich spielt die medizinische Entscheidungssicherheit eine erhebliche Rolle. So legt eine geringe medizinische Entscheidungssicherheit ebenfalls ein partizipatives Vorgehen besonders nahe (zum Beispiel Anpassung des Lebensstils oder Medikamenteneinnahme bei einem bestimmten Risikofaktor?). Die partizipative Entscheidungsfindung ist daher nicht in jeder me-

dizinischen Situation sinnvoll und anwendbar – vor allem dann, wenn die medizinische Entscheidungssicherheit aufgrund evidenzbasierter Belege sehr hoch ist (zum Beispiel für ein operatives Vorgehen bei Appendizitis).

Die meisten Patienten bevorzugen eine Entscheidungsfindung gemeinsam mit ihrem Arzt. Dennoch gibt es eine Gruppe von Patienten, die die medizinische Entscheidung explizit dem Arzt überlassen möchte. Auch dies sollte Berücksichtigung finden. Ist eine partizipative Entscheidungsfindung medizinisch sinnvoll und wird diese auch ermöglicht, führt diese kommunikative Vorgangsweise beim Patienten zu einer aktiveren Beteiligung am Behandlungsprozess und einer Verringerung von Entscheidungskonflikten. Den Patienten über vorhandene Wahlmöglichkeiten und deren Vor- und Nachteile bei der Therapieplanung zu informieren, seine Gedanken, Erwartungen und Präferenzen zu erfragen sowie eine gemeinsame Entscheidung herbeizuführen, zählt zu den förderlichen Skills.

#### Vor Beendigung des Gesprächs

#### Aufgreifen von emotionalen Signalen

Während des gesamten Gesprächs können Hinweise auf emotionale Reaktionen bei bestimmten Themen diskret bemerkbar werden. Dies kommt nicht selten auch vor Beendigung des Gesprächs vor. Beispielsweise kann der Arzt beim Ausstellen eines Rezeptes für ein neues Medikament eine gewisse Irritation beim Patienten beobachten, die ihn zur Aussage veranlassen könnte: "Ich habe im Moment den Eindruck, Sie haben hinsichtlich des neuen Medikamentes vielleicht gewisse Bedenken?" Diese kaum zeitaufwendige Nachfrage ermöglicht dem Patienten, gegebenenfalls vorhandene Zweifel auszusprechen. Lassen sich bestehende Zweifel auflösen, wird daraus eher eine gemeinsam getragene Behandlung und Adhärenz resultieren, als wenn die Bedenken nicht angesprochen werden.

#### Lehr- und Lernbarkeit evidenzbasierter Kommunikation

Trainingsprogramme wie jene, die sich am Calgary-Cambridge-Modell orientieren, haben als Ziel, wirksame, Patienten-zentrierte und evidenzbasierte Kommunikation im Gesundheitssystem zu fördern. Hinsichtlich der Lehr- und Lernbarkeit ist einerseits zu klären, welche Inhalte und Fertigkeiten in Kommunikationstrainings vermittelt werden sollen (What to teach). Ebenso stellt sich die Frage, wie die Vermittlung bestmöglich gelingt (How to teach).

Aus den Ergebnissen der allgemeinen Lernforschung und jenen der spezifischen Erforschung der Wirksamkeit von Kommunikationstrainings lassen sich folgende Schlüsse ziehen: Trainingsprogramme führen eher dann zu einer nachhaltigen Verbesserung des Kommunikationsverhaltens, wenn sie sich fallorientiert an den konkreten kommunikativen Lernzielen der Lernenden orientieren. Außerdem sollen sie von den Teilnehmern als praxisnah und praxisorientiert erlebt werden. Das didaktische Konzept sollte ausreichend Zeit für ein wiederholtes Üben kommunikativer Fertigkeiten bieten. Der Einsatz von Schauspielern, die sich als simulierte Patienten für das Kommunikationstraining in einer Kleingruppe zur Verfügung stellen, hat sich dafür international bewährt. Der Lernende soll im Anschluss an die Gesprächssequenz konstruktives Feedback bekommen.

Die Vermittlung von relevantem Wissen zu evidenzbasierter Kommunikation soll die Trainingseinheiten sinnvoll ergänzen. Trainingsprogramme haben sich dann als erfolgreich erwiesen, wenn sie ein wiederholtes Trainieren von spezifischen, beobachtbaren Verhaltensaspekten in den Gesprächssituationen ermöglichen. So kann beispielsweise das Feedback unmittelbar zum Erproben einer spezifischen kommunikativen Fertigkeit führen. Jedenfalls sollte ein Trainingscurriculum eine gewisse zeitliche Intensität nicht unterschreiten und eine longitudinale Komponente beinhalten, sich also beispielsweise über vier halbe Tage erstrecken. Sind die genannten Kriterien erfüllt, steigern solche Kommunikationstrainings nachweislich nachhaltig die Wirksamkeit des ärztlichen Kommunikationsverhaltens. Erfahrung und Wissen allein oder Kommunikationstrainings, die nur einmalig stattfinden, können demnach keine nachhaltige Verbesserung bewirken.

#### Diagnose und Therapie: Wichtige Fallgruben

In Erstgesprächen werden Patienten häufig nach einer eingangs gestellten, offenen Frage, wie etwa: "Was führt Sie zu mir?" zu früh – nämlich bereits nach 20 bis 30 Sekunden – unterbrochen. Dadurch bringt sich der Arzt selbst um diagnostisch wichtige Informationen. Indem der Arzt anschließend geschlossene Fragen stellt, versucht er vielleicht seine erste Verdachtsdiagnose zu erhärten, ohne dass der Patient weitere wichtige Aspekte einbringen kann. Ein solches vorschnelles Abschließen der Anamnese ist eine Fallgrube, weil sie zu diagnostischen Fehlern verleitet und vielleicht unnötige, kosten- und zeitintensive Untersuchungen und inadäquate Behandlungsversuche verursacht.

Besonders zu Gesprächsbeginn sollte man sich einen guten Überblick über möglichst alle Symptome verschaffen, indem man den Patienten ausreichend zu Wort kommen lässt. Auch das psychische Befinden und grundlegende psychische und soziale Faktoren sind zu beachten, da sie ebenfalls zur diagnostischen Genauigkeit beitragen. Schließlich schützt die Frage nach der Erwartung des Patienten an die heutige Konsultation den Arzt davor, unreflektiert in eine Arzt-zentrierte Richtung zu denken, die mit dem eigentlichen Patientenanliegen vielleicht gar nichts zu tun hat.

Stößt der Arzt in der Anamnese auf hohe psychosoziale Belastungen, bleibt diese Ausgangslage bei Vorliegen körperlicher Beschwerden unklarer Genese differentialdiagnostisch vorerst völlig offen. Daher ist eine durch Untersuchungen fassbare Ursache – wie etwa ein Malignom oder eine Systemerkrankung – ebenso zu erwägen wie eine klassische psychische Krankheit, die primär in Bezug auf ihre körperliche Symptomatik geschildert wird oder auch das Vorliegen funktioneller Körperbeschwerden, die im Kontext der psychosozialen Belastung eher persistieren können.

Ärztinnen und Ärzte sind die einzige Berufsgruppe, die über die erforderliche medizinische Kompetenz verfügt, um dies biomedizinisch und biopsychosozial sorgfältig abzuklären und hinsichtlich der diagnostischen Ergebnisse verständlich zu beraten.

Eine Fallgrube vonseiten des Arztes könnte bei einer Patientenzentrierten Gesprächsführung ein überzogener Anspruch sein, alle psychosozialen Probleme, die anamnestisch auftauchen, auch selbst behandeln und lösen zu wollen. Gelingt es dem Arzt der Schilderung der psychosozialen Belastungssituation vorerst nur zuzuhören und die geschilderte Situation empathisch als "nachvollziehbar schwierig" anzuerkennen, kann dies vom Patienten durchaus bereits als hilfreich erlebt werden. Berichtet der Patient hingegen von unzureichenden eigenen Bewältigungsressourcen im Umgang mit psychosozialen Belastungen oder bestehen Hinweise auf eine psychische Störung, sollten die psychiatrischen, psychotherapeutischen und psychologischen Behandlungsmöglichkeiten einbezogen werden.

Schließlich ist auch darauf hinzuweisen, dass Arzt-Patient-Beziehungen auch zu persönlichen Belastungen und negativen Emotionen beim Arzt führen können. Dies kann nicht zuletzt auch die Arbeitsfähigkeit des Arztes untergraben. Bei besonders oder wiederkehrend belastenden Arzt-Patient-Kontakten ist es empfehlenswert, diese mithilfe von Supervision oder Balintarbeit zu reflektieren, sich so zu entlasten und den eigenen Erlebens- und Verhaltensspielraum zu erweitern.  $\odot$ 

#### Literatur beim Verfasser

#### Priv. Doz. Dr. Christian Fazekas,

Medizinische Universität Graz, Universitätsklinik für Medizinische Psychologie und Psychotherapie, Auenbruggerplatz 3, 8036 Graz; Tel.: 0316/385 12516; E-Mail: christian.fazekas@medunigraz.at

#### Lecture Board

**Univ. Prof. Dr. Henriette Loeffler-Stastka**, Klinik für Psychoanalyse und Psychotherapie, Medizinische Universität Wien **Univ. Prof. Dr. Gerhard Schüßler**, Universitätsklinik für Medizinische Psychologie, Medizinische Universität Innsbruck

#### Ärztlicher Fortbildungsanbieter

Medizinische Universität Graz,

Universitätsklinik für Medizinische Psychologie und Psychotherapie



### DFP-Literaturstudium:

# DFP

## Gesprächsführung in der Medizin

Zwei Drittel der Fragen richtig beantwortet: O



Im Rahmen des Diplom-Fortbildungs-Programms der Österreichischen Ärztekammer ist es möglich, durch das Literaturstudium in der ÖÄZ zwei Punkte für das DFP zu erwerben.

Insgesamt müssen vier von sechs Fragen richtig beantwortet sein. Eine Frage gilt als korrekt beantwortet, wenn alle möglichen richtigen Antworten markiert sind.

#### Schicken Sie diese Seite bis 8. Juli 2019 an:

Verlagshaus der Ärzte GmbH, z. Hd. Claudia Chromy Nibelungengasse 13, 1010 Wien,

Faxnummer: 01/376 44 86

E-Mail: c.chromy@aerzteverlagshaus.at



#### www.aerztezeitung.at/DFP-Literaturstudium

Bitte deutlich ausfüllen, da sonst die Einsendung nicht berücksichtigt werden kann!

Name:			 				······•
ÖÄK-Arztnummer:	Ī	i		Į –	-	i	i
Adresse:			 				<u>.</u>
			 				·····•
E-Mail-Adresse:							······································
			 				<u>.</u>

#### Zutreffendes bitte ankreuzen:

- $\\ \circ \\ Turnus \\ arzt/Turnus \\ \ddot{a}rzt \\ in \\$
- O Arzt/Ärztin für Allgemeinmedizin
- Facharzt/Fachärztin für
- O Ich besitze ein gültiges DFP-Diplom.
- Ich nutze mein DFP-Fortbildungskonto.
   Bitte die DFP-Punkte automatisch buchen.

#### Altersgruppe:

0 < 30 0 < 31 - 40 0 < 41 - 50 0 < 51 - 60 0 > 60

elche Aussagen zu effektiver Arzt-Patient- munikation treffen zu? (drei Antworten richtig)
Sie verbessert das Gesundheitsverhalten des Patienten.
Sie beinhaltet keinen Arzt-zentrierten Gesprächsteil.
Sie hat Einfluss auf die Krankheitsbewältigung.
Sie reduziert das Risiko für juridische Klagen.
elche Aspekte sind bereits zu Gesprächsbeginn, a bei einem Erstgespräch, zu berücksichtigen? Antworten richtig)
Orientierung zum Inhalt des Gesprächs bieten
Zur Verdachtsdiagnose informieren
Eine Beziehung zum Patienten herstellen
Gründe für das Gespräch identifizieren
s Empfehlung zur wirksamen Vermittlung von mation gilt: (eine Antwort richtig)
Information in einem Info-Block vermitteln
Medizinisches Fachvokabular einbeziehen
Gesprächspausen vermeiden
Vorwissen abfragen
Antworten richtig)  Nur wenn der Patient selbst über Emotionen spricht, sollten diese auch aufgegriffen werden.
Das Aufgreifen von Emotionen sollte generell vermieden werden.
Das Aufgreifen von Emotionen verkürzt die Gesprächsdauer.
Der Arzt fragt nach, ob sein Eindruck zur Emotion des Patienten zutrifft.
e Patienten-zentrierte Gesprächsführung geht er mit: (zwei Antworten richtig)
höherer Arzt-Zufriedenheit
höheren Gesundheitskosten
verbesserter Teamkommunikation
besserer diagnostischer Genauigkeit.
ne partizipative Entscheidungsfindung wird Inders empfohlen bei: (zwei Antworten richtig)
geringer medizinischer Entscheidungssicherheit
geringer Bedeutung der therapeutischen Entscheidung für den Patienten
hoher Bedeutung der therapeutischen Entscheidung für den Patienten

hoher medizinischer Entscheidungssicherheit.