



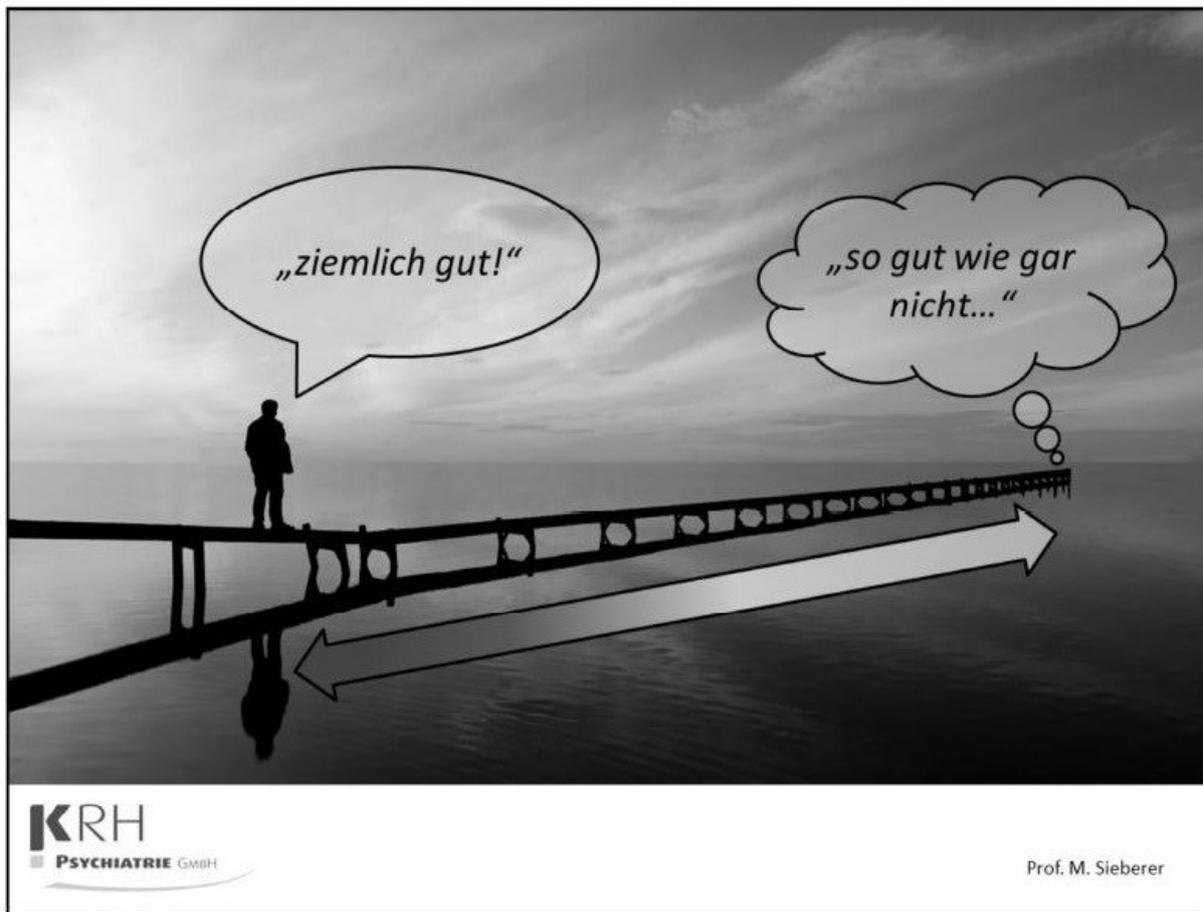
KRH Psychiatrie GmbH

Hannover, 22. Sept. 2018

Wie gut kennen wir Ärzte unsere Patienten, ihr Umfeld und ihre Vorgeschichte?

Prof. Dr. Marcel Sieberer





Wie gut kennen wir Ärzte unsere Patienten, ihr Umfeld und ihre Vorgeschichte?

Die Antwort scheint von vielen Faktoren abhängig, wie bspw. Von unterschiedlichen, persönlichen Erfahrungen, unterschiedlichen Rollen, handelnden Personen, dem Bezugsrahmen und individuellen Perspektiven – all diese Faktoren sind maßgeblich für die subjektive Bewertung. Es geht aber im Kern der Frage m. E. nicht im engeren Sinne um ein *Kennen*. Zumindest nicht um ein messbares Kennen von Fakten, Angaben zur Person, Daten der Lebens- und Krankengeschichte, etc. – Es geht vielmehr um eine gelingende *therapeutischen Beziehung* zwischen Arzt und Patient, bzw. zwischen Therapeut und Klient und dessen soziales Umfeld.

Ich möchte im Rahmen des Vortrags daher die gestellte Frage nicht konkretistisch oder gar abschließend beantworten – was man im Hinblick auf die genannte Konstellation und Variabilität auch nicht leisten kann. Stattdessen möchte ich im Folgenden zu einem gemeinsamen Reflektieren und Nachdenken über diese Frage einladen und dazu einige Überlegungen und auch selbstkritischen Gedanken anbieten.



John Hickner, MD, MSc
Editor-in-Chief

EDITORIAL

**THE JOURNAL OF
FAMILY
PRACTICE**

EDITOR IN CHIEF
JOHN HICKNER, MD, MSc
University of Illinois at Chicago

ASSOCIATE EDITORS
BERNARD EWINGJIAN, MD, MPH
University of Illinois School of Medicine

How well do you know your patients?

At a recent seminar for first-year mentees, a presenter—an attorney—addressed the underserved. “Know your patients. Know them well, she meant—where they live, whether they have a job, and many physicians pride ourselves on knowing our patients. There’s often no time for even a rudimentary

How Well Do Doctors Know their Patients? Factors Affecting Physician Understanding of Patients’ Health Beliefs

Richard L. Street Jr, PhD^{1,2} and Paul Haidet, MD, MPH³

¹Department of Communication, Texas A&M University, College Station, TX, USA; ²The Houston Center for Quality of Care and Utilization Studies and Baylor College of Medicine of the Michael E. DeBakey Veterans Affairs Medical Center, Houston, Texas, USA; ³The Office of Medical Education and the Department of Medicine, The Pennsylvania State University College of Medicine, Hershey, PA, USA.

BACKGROUND: An important feature of patient-centered care is physician understanding of their patients’ health beliefs and values.

OBJECTIVE: Determine physicians’ awareness of patients’ health beliefs as well as communication, relationship, and demographic factors associated with better physician understanding of patients’ illness perspectives.

DESIGN: Cross-sectional, observational study.

RESEARCH PARTICIPANTS: A convenience sample of 207 patients and 29 primary care physicians from 10 outpatient clinics.

APPROACH AND MEASURES: After their consultation, patients and physicians independently completed the CONNECT instrument, a measure that assesses beliefs about the degree to which the patient’s condition has a biological cause, is the patient’s fault, is one the patient can control, has meaning for the patient, can be treated with natural remedies, and patient preferences for a partnership with the physician. Physicians completed the measure again on how they thought the patient responded. Active patient

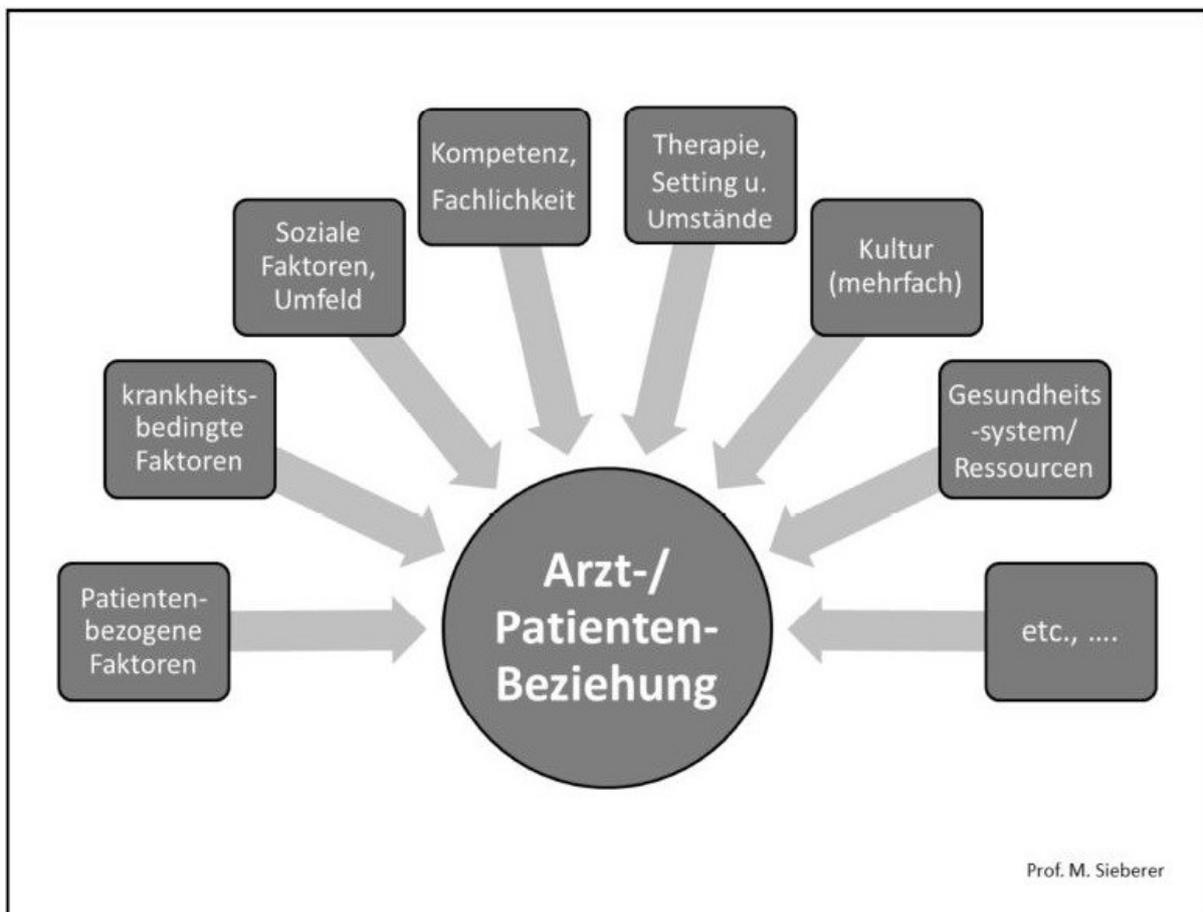
questions, expressed concerns, and stated their opinions. Physicians were poorer judges of patients’ beliefs when patients were African-American (desire for partnership [p=0.013], Hispanic [meaning (p=0.075), or of a different race (sense of control) (p=0.024).

CONCLUSIONS: Physicians were not good judges of patients’ health beliefs, but had a substantially better understanding when patients more actively participated in the consultation. Strategies for increasing physicians’ awareness of patients’ health beliefs include preconsultation assessment of patients’ beliefs, implementing culturally appropriate patient activation programs, and greater use of partnership-building to encourage active patient participation.

KEY WORDS: physician-patient relationship; racial concordance; patient-centered communication; patient participation; disparities.
J Gen Intern Med 2010;25(1):21-7
DOI: 10.1007/s11996-010-1453-3
© Society of General Internal Medicine 2010

Prof. M. Sieberer

- Darüber, was Ärzte über ihre Patienten wissen – oder besser, wie gut Ärzte ihre Patienten kennen oder verstehen, gibt es nur wenige aktuelle Forschungsergebnisse. Und das ist umso erstaunlicher, da die wenigen publizierten Studienergebnisse belegen, dass das gesundheitliche Langzeitergebnis bei den Patienten, bei denen die Ärzte aufmerksam sogenannte „Warnsignale“ im Anamnesegespräch unmittelbar wahrgenommen haben, nach Monaten deutlich besser ausfällt.
- Andere Studien zeigen, dass zudem häufig uneinheitliche Einschätzungen von Ärzten und deren Patienten zum „Krankheitsverständnis“ vorliegen. Dabei ist ein gemeinsames und miteinander abgeglichenes Verständnis von der Krankheit, vom Kranksein und deren Ursachen gerade für eine erfolgreiche und nachhaltige Therapiestrategie essentiell.
- Das was wir als Ärzte über unsere Patienten wissen und wissen können hängt also ganz maßgeblich von einer gelingenden Arzt-/Patientenbeziehung ab – nicht nur, aber ganz besonders im psychiatrischen Kontext. Nur eine tragfähige und vertrauensvolle, d. h. gelingende Arzt-/Patientenbeziehung erlaubt ein sicheres Erkennen und ein gemeinsames Verstehen psychosozialer Notlagen und der dazugehörigen Ausdrucksformen auf einer Symptomebene sowie ein behutsames Hinterfragen und Deuten der Anliegen der Hilfesuchenden. Und erst dann wird letztlich auch ein wirksames therapeutisches Handeln möglich.



Die Arzt-/Patientenbeziehung unterliegt allerdings vielen, teils unterschiedlichen und teils zusammenwirkenden Einflussfaktoren:

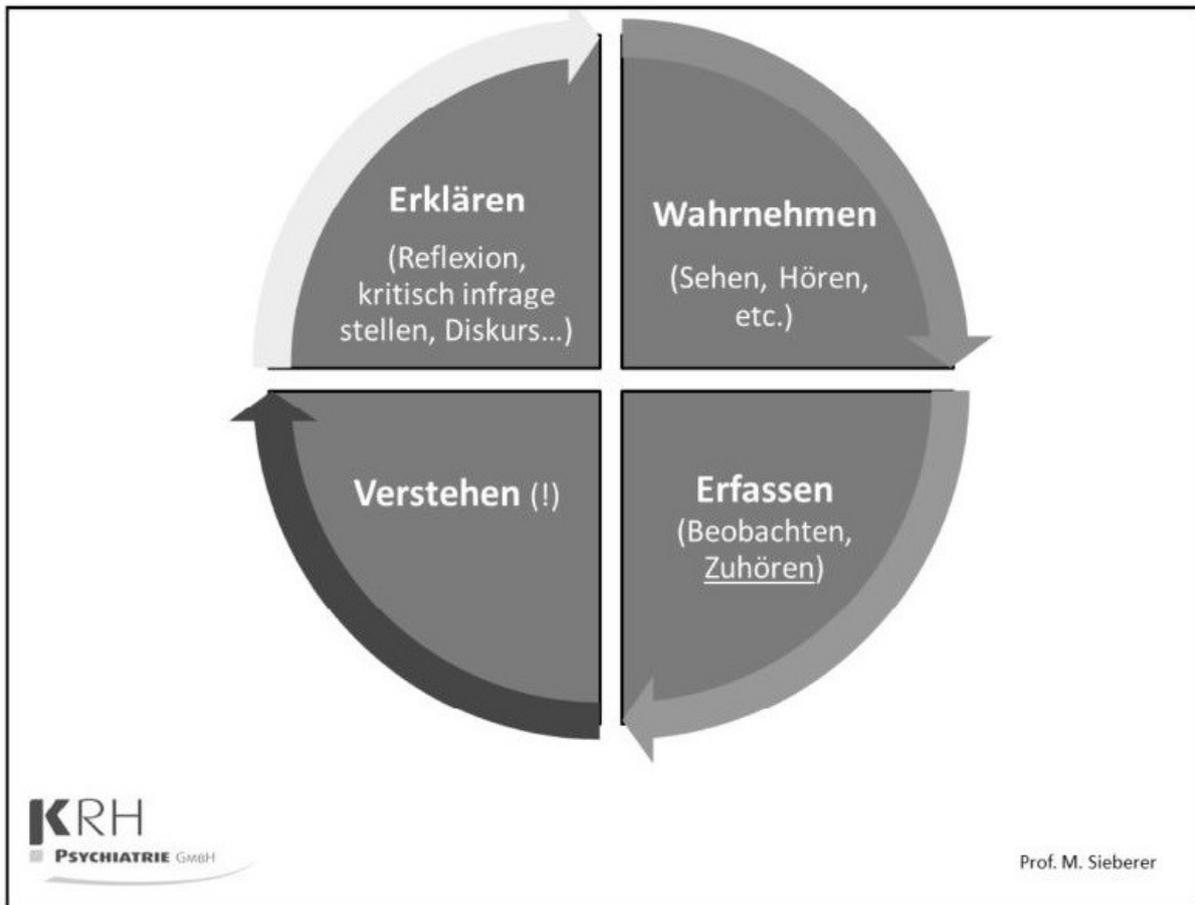
- 1) Patientenbezogene, bspw. Motivation, Vertrauen und sich Einlassen wollen
- 2) Krankheitsbezogene, bspw. Einlassen können, Erschwernisse bei Demenz, akuten Psychosen, schweren depressiven Erscheinungsbildern, Suchterkrankungen
- 3) Sozial / Umfeld: bspw. Arbeitsplatz, sozialer Status, Wohnungslosigkeit, Mobilität, Unterstützung durch Familie und Angehörige
- 4) Kompetenz / Fachlichkeit: bspw. Ausbildung, Selbsterfahrenheit, persönliche Faktoren
- 5) Therapie/Setting: bspw. begünstigend Freiwilligkeit, langfristige Behandlung, Kontinuität, der Behandlungsrahmen, Psychotherapie vs. Notfall- oder akutpsychiatrisches Setting
- 6) Kultur, bspw. Sprach- oder kulturelle Barrieren, geschlechtsspezifische Faktoren, aber auch Fragen der Haltung / Selbstverständnis als Gesundheitsversorger / Arzt etc.
- 7) Gesundheitssystem / Ressourcen: Systemkapazität, Ressourcen Personal und Zeit, Finanzierung des Gesundheitssystems, rechtliche Rahmenbedingungen etc.

Modelle der Arzt-Patienten-Beziehung im Wandel

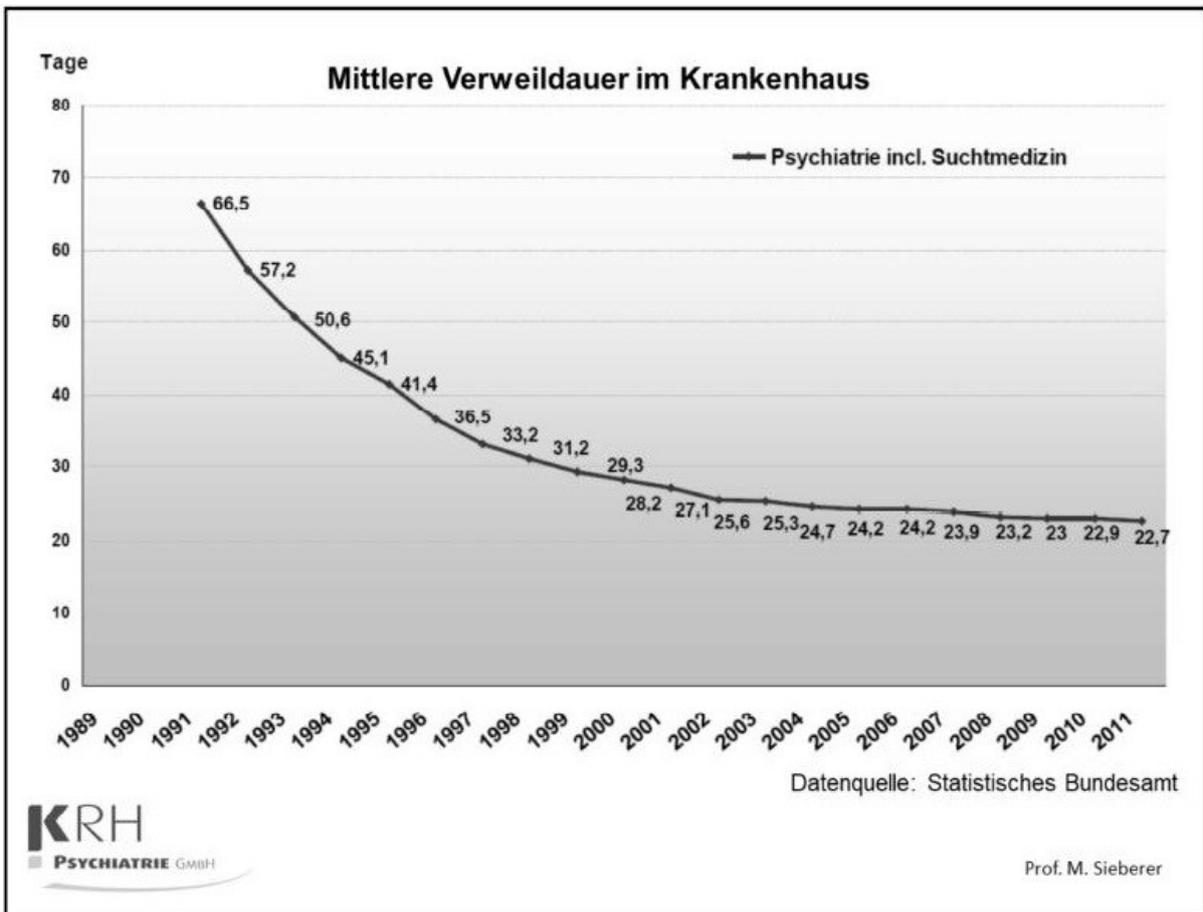


Prof. M. Sieberer

- Arzt-Patienten-Beziehungen befinden sich in einem stetigen Wandel. Gesellschaftliche bzw. gesellschaftspolitische Veränderungen, Fortschritte in der Medizin, Stärkung der Patientenrechte, das Selbstverständnis der Ärzte und anderer Angehöriger von Heilberufen etc. sind typische Einflussfaktoren.
- Eine unzweifelhafte Errungenschaft ist die partizipative Entscheidungsfindung, Arzt / Patient werden hier in dem Entscheidungsprozess zu gleichberechtigten Partnern.
- Neuere Tendenzen gehen allerdings auch in eine Richtung des Denkens und Handelns von medizinischen Institutionen und der Fachleute / Ärzte als „Dienstleister“. Dabei entsteht das Risiko einer teils überfordernden Entscheidungsdelegation an den Patienten im Sinne eines scheinbar frei wählenden „Kunden“, in der Folge kommt es zu einer Fraktionierung der med. Behandlung, bspw. Mit weniger kontinuierlicher Begleitung durch einen vertrauten Hausarzt zugunsten einer primären Behandlung durch gezielte Kontakte mit medizinischen Fachexperten, die eng in ihrem Fachgebiet Diagnosen stellen und z. T. Unverbunden nebeneinander stehende Therapien vorschlagen oder einleiten.



- Die Abbildung veranschaulicht in Anlehnung des „hermeneutischen Zirkels“ den grundsätzlichen Vorgang des Verstehens: "Wahrnehmen → Erfassen → Verstehen → Erklären". Unter Hermeneutik versteht man die Kunst, das Verstehen zu verstehen. Auch das Verstehen der Angaben, des Berichts und der Narrative des Patienten sollte idealerweise die Stufen des hermeneutischen Zirkels durchlaufen, um ein Verstehen auf Seite des Arztes / des Therapeuten zu ermöglichen.
- Im klinischen Alltag treten vielleicht zu häufig „Kurzschlüsse“ oder scheinbare Abkürzungen im Durchlauf der Phasen im o. g. hermeneutischen Zirkel auf. Insbesondere der essentielle Schritt des „Verstehens“ wird m. E. häufig nicht zuende gegangen oder nicht ausreichend vorbereitet, sondern verkürzt oder sogar gänzlich ausgelassen. Und das „Erfassen“ wird oftmals nicht als bewusster und aktiver Prozessschritt unternommen, sondern wird zumindest teilweise ersetzt durch eine modulare, standardisierte Befunderfassung und –dokumentation.



Patient: Ich möchte nach Hause.

Dr. Haller: Wenn Sie mit mir über Ihre Situation reden, könnte das Ihren Aufenthalt hier verkürzen.

Patient: Wenn ich mit Ihnen spreche, könnte ich dann vielleicht schon heute entlassen werden?

Dr. Haller: Nein, das sicher nicht.

Patient: Wann denn ungefähr.

Dr. Haller: Wenn wir den Eindruck haben, daß Ihr Zustand sich wesentlich gebessert hat.

Patient: Wieso? Ist mein Zustand denn nicht gut?

(C. & T. Fengler, „Alltag in der Anstalt“, 1980)

Prof. M. Sieberer

- Hier ein anschauliches Beispiel (s.o.) für vielschichtige Probleme in der Interaktion, mit ungeklärten gegenseitigen und scheinbar gegensätzlichen Erwartungen und vor allem für einen bereits im Ansatz stecken gebliebenen Prozess des Verstehens.
- Der Psychiater Michael Schmidt-Degenhard fasst zum *Verstehen* im Kontext der Psychiatrie zusammen:

„Der schillernde (und eine Fülle grundlegender Probleme aufwerfende) Begriff des Verstehens bezeichnet jenen sich im psychiatrischen Alltagshandeln vollziehenden zwischenmenschlichen und auf Wechselseitigkeit beruhenden Vorgang, bei dem wir uns auf unser Gegenüber, etwa den psychotisch oder melancholisch gewordenen Anderen, einlassen und uns dabei von ihm irgendwie auch betreffen und bewegen lassen. Der Begriff „Verstehen“ oszilliert demnach zwischen den Ebenen lebensweltlicher Praxis und methodischer Reflexion, die sich in der konkreten Situation zwischen dem Psychiater und seinem Patienten untrennbar miteinander verschränken; ...“

„Die Kunst des Zuhörens [ist] das Kernstück einer kunstgerecht am Krankenbett ausgeübten Medizin.“

(Bernhard Lown, in: *Die verlorene Kunst des Heilens*)

Bernhard Lown, Erstausgabe 1996 – Professor für Kardiologie, Harvard Medical School, Friedensnobelpreisträger Zitat (s.o.) „Erfolgreiches Zuhören schließt alle Sinnesorgane ein, nicht nur die Ohren.“

Die Ausübung der medizinischen Kunst erfordert nicht nur die ausgezeichnete Kenntnis der Erkrankung selbst, sondern auch die Wahrnehmung intimer Einzelheiten aus dem emotionalen Leben des Patienten. Dieses gilt ja üblicherweise ausschließlich als Domäne des Psychiaters. Die Notwendigkeit, sich allumfassend mit dem Patienten zu beschäftigen, wird niemals in medizinischen Lehrbüchern zur Sprache gebracht oder während der medizinischen Ausbildung erwähnt. Um erfolgreich heilen zu können, muss ein Arzt vor allen Dingen zum Zuhören erzogen werden. Aufmerksames Zuhören gehört zur Behandlung, erfährt man doch viele verborgene Dinge. Nur wenige große Bücher der Weltliteratur geben klarer Aufschluss über das menschliche Befinden als ein Patient, der es zulässt, dass man ihm tief in die Augen blickt.

In der kurzen Zeit, die für die Anamneseerhebung zur Verfügung steht, muss es das Ziel sein, über die essentiellen Fakten hinaus auch Einblick in das Innere des Menschen zu gewinnen. So einfach dies klingt: Zuhörenkönnen ist das komplizierteste und schwierigste aller Instrumente im Repertoire eines Arztes. Man muss ein aktiver Zuhörer sein, um unausgesprochene Probleme wahrnehmen zu können.

„AUF DEN MENSCHEN HÖREN.“

(Giovanni Maio, Herder, 2017)

G. Maio: Professor für Bio- und Medizinethik. Maio fasst die Notwendigkeit und den Wert eines mehrdimensionalen Hörens darauf, was Patienten ihren Ärzten zu sagen haben wie folgt zusammen:

„Der Patient erwartet zu Recht nicht nur eine Behandlung, sondern er erhofft sich eine Antwort auf seine ihn bedrängenden Fragen. Diese Antwort lässt sich nur finden, wenn das notwendige detektivische Hören in jedem Moment der Begegnung verknüpft wird mit einem existenziellen Hören, mit einem *Hören auf den Menschen*, der mehr sagt, als im Röntgenbild oder im Labor je festgestellt werden könnte.“
(Vgl. G. Maio (Hrsg.) *Auf den Menschen hören.*)

How well do you know your patients?

“To be optimal healers, *we must* go beyond the medical problem at hand and get to *know the patient* in front of us.”

(J. Hickner)

Prof. M. Sieberer

- Diesbezüglich bin ich nicht zu pessimistisch, oder anders gesagt: Auch neuere Entwicklungen und Voraussetzungen im psychiatrischen Handlungsfeld beinhalten positive Potentiale für eine gelingende Arzt-/Patientenbeziehung und damit für ein umfassenderes Kennenlernen und näheres Verstehen der Anliegen unserer Patientinnen und Patienten.
- Um nur ein paar Beispiele zu nennen: (1) Neue Versorgungsformen und -möglichkeiten durch Behandlung auch akuter Krankheitszustände im häuslichen Umfeld unter Einbezug der Angehörigen und der Wohnfeldumgebung, die sogenannte Stationsäquivalente Behandlung, (2) Schaffung einer höheren Durchlässigkeit von stationärer, teilstationärer und ambulanter Behandlung und damit die Chance auf personelle Kontinuität in der Behandlung, (3) Die bewusste Weiterentwicklung der Krankenhauspsychiatrie in Richtung einer offenen und Zwang auf ein Mindestmaß reduzierenden Psychiatrie, mit gestärkten Patientenrechten und nachhaltig weiterentwickelter Behandlungsqualität oder (4) die stärkere Betonung psychotherapeutischer Behandlungsansätze auch im allgemein- oder akutpsychiatrischen Behandlungssetting und eine weitere Verbreitung systemischer Behandlungskonzepte, in deren Rahmen der Einbezug von Angehörigen und des Lebensumfelds der Patienten zum therapeutischen Selbstverständnis gehört.
- Und mit diesen im Sinne der Eingangsfragestellung „Wie gut kennen wir Ärzte unsere Patienten“ positiven Ansätzen und Aussichten möchte ich diese Ausführungen schließen.