

Aufklärung_(spflicht)

Neuere Rechtsprechung:
Nebenpflicht zum Behandlungsvertrag;
bei Pflichtverletzung tritt Erfolgshaftung ein!

Arzt-Patienten-Beziehung

Information

über
Diagnose
Behandlungsmöglichkeiten
Behandlungsrisiken

Kommunikation

bringt
mehr Compliance
mehr Zufriedenheit
weniger Schadenersatz
mehr Behandlungserfolg

Eine umfangreiche schweizerische Patientenbefragung kommt zu dem Ergebnis, dass 8 der 10 am häufigsten genannten Defizite der Betreuung im Krankenhaus im Bereich der Kommunikation zwischen Pflegenden und Ärzten und Patienten liegen.¹

Patientenverhalten und Kommunikationsverlauf wird wesentlich durch Art der Gesprächsführung beeinflusst.²

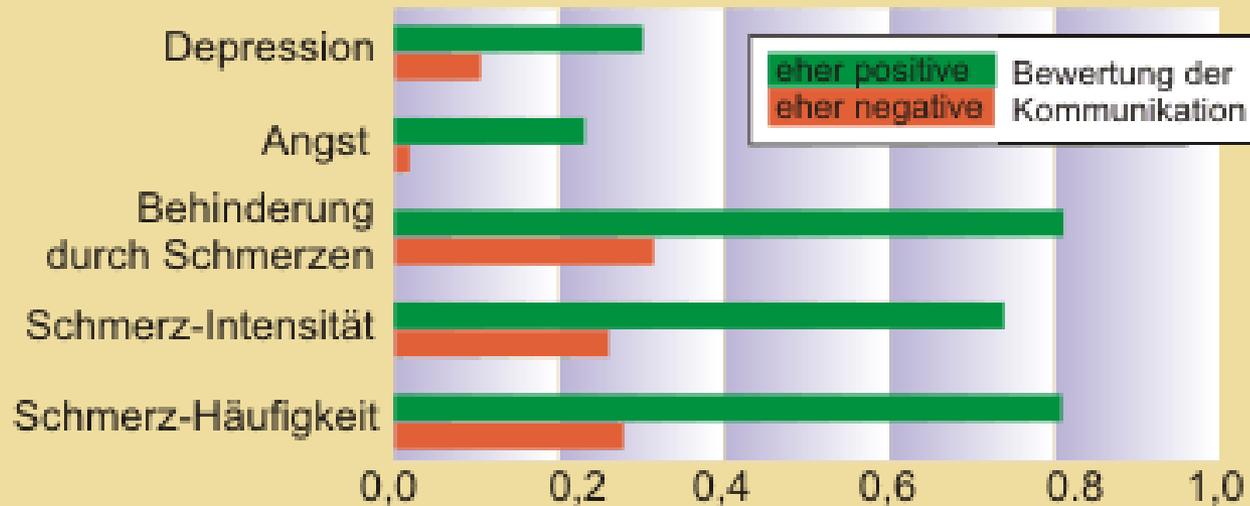
"Niemand bezweifelt, dass medizinische Fachkompetenz Voraussetzung für eine verantwortungsvolle und qualifizierte ärztliche Tätigkeit ist. Es leuchtet auch jedem ein, dass für den Erwerb einer solchen Kompetenz ein mehrjähriges Studium und eine anschließende Weiterbildungszeit unerlässlich sind. Aber die Einsicht, dass über fachmedizinische Kompetenz hinaus auch psychosoziale Kompetenz erforderlich ist, die ebenfalls im Verlauf einer Ausbildung erworben werden muss, um mit kranken Menschen verantwortungsvoll und qualifiziert umgehen zu können, hat sich noch keineswegs allgemein durchgesetzt."³

¹ Wolf Langewitz, Dieter Conen, Matthias Nübling, Heidemarie Weber: Kommunikation ist wesentlich - Defizite der Betreuung im Krankenhaus aus der Sicht von Patienten und Patientinnen. PsychotherPsychMed 2002/52

² Schouten, Barbara; Meeuwesen, Ludwien: Differences in medical communication: a review of the literature, Patient education and counseling (PEC) 2006

³ von Uexküll, Thure, Integrierte Psychosomatische Medizin in Praxis und Klinik, Stuttgart: Schattauer, 1994

Effekte der erlebten Qualität der Arzt-Patient-Kommunikation auf den Therapieerfolg in der Rehabilitation



Quelle: Susanne Dibbelt et al: Patient-doctor interaction in rehabilitation: The relationship between perceived interaction quality and long-term treatment results

Susanne Dibbelt et al: Patient-doctor interaction in rehabilitation: The relationship between perceived interaction quality and long-term treatment results (Patient Education and Counseling. Volume 76, Issue 3, 2009, Pages 328-335)

„Die Ergebnisse unserer Studie stützen die Ansicht, dass Ärzte das Risiko von rechtlichen Auseinandersetzungen beeinflussen können, indem sie ihr Verhalten gegenüber den Patienten verändern. Der Einsatz vernünftiger Kommunikationsfertigkeiten zum Beispiel mag zwar nicht zu ‚kompetenterer‘ Medizin im technischen Sinn führen, kann aber rechtliche Auseinandersetzungen verhindern helfen, selbst wenn offensichtlich etwas schiefgegangen ist und selbst wenn dies eindeutig im Verschulden des Arztes liegt ... Die Ergebnisse der vorliegenden Studie legen den Schluss nahe, dass Versuche, die Gefahr von Rechtsstreitigkeiten zu verringern, indem man zusätzliche medizinische Maßnahmen und Tests ansetzt, Konsultationen durchführt und ausführliche schriftliche Unterlagen anlegt – man spricht oft von ‚defensiver Medizin‘ -, nicht die gewünschte Wirkung haben. Obwohl derartige Bemühungen präventiv wirken können, in dem sie durch ‚double checking‘ falsche medizinische Ergebnisse vermeiden helfen, lassen sich Fehler insgesamt doch nicht ausschließen. **Defensive Medizin ist weniger geeignet, Prozessen vorzubeugen, als vielmehr, sie gewinnen zu helfen**, wenn es denn dazu kommt. Sie liefert vor Gericht das Beweismaterial dafür, dass der Arzt fachlich mit angemessener Kompetenz gehandelt hat. Geht es allerdings darum, **es zu rechtlichen Auseinandersetzungen gar nicht erst kommen zu lassen, dann scheint es unverzichtbar, zwischen Arzt und Patient eine stabile Beziehung herzustellen, die den Zwängen unserer prozesssüchtigen und sozial antagonistischen Gesellschaft widerstehen kann**. Eine wichtige Methode, mit der man dies erreichen kann, besteht sicher darin, die Kommunikationsfertigkeiten der Ärzte und das Wissen der Patienten zu erweitern.“

⁵ Lester G., Smith S., Listing and talking to patients – a remedy for malpractice suits, West. J. Med. 158, 268-272, 1993

Table 2. Patients' assessment and recall of surgical information (in percent)

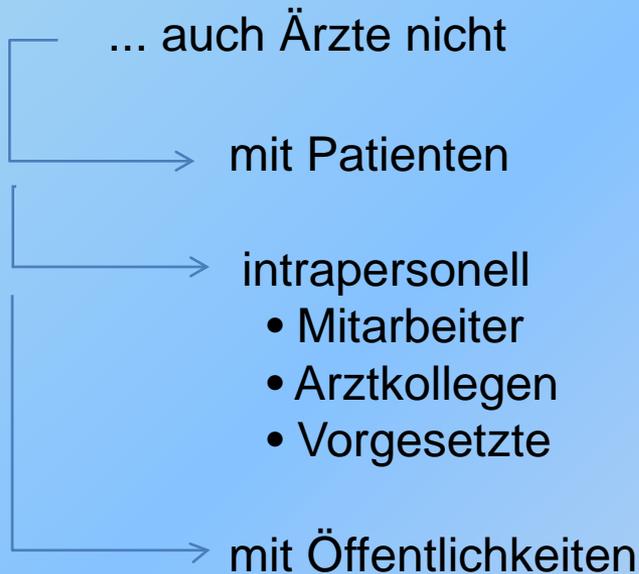
	Good	Acceptable	Insufficient
<i>Assessment of information</i>			
Clarity of information	74	24	2
Clearness of illustrations	75	23	2
Emphasis of risks	77	20	3
Atmosphere of interview	78	19	3
Possibility to ask questions	78	17	5
Quality of answers	78	20	2
Overall estimation of information	82	15	3
<i>Results of recall</i>			
Indications	60	25	15
Procedures	31	20	49
Risks	15	16	69

Krivanek S. et al., Patients Assessment and Recall of Surgical Information after Laparoscopic Cholecystectomy, Dig Surg, 1998; 15: 669-673

„Man kann nicht NICHT kommunizieren!“

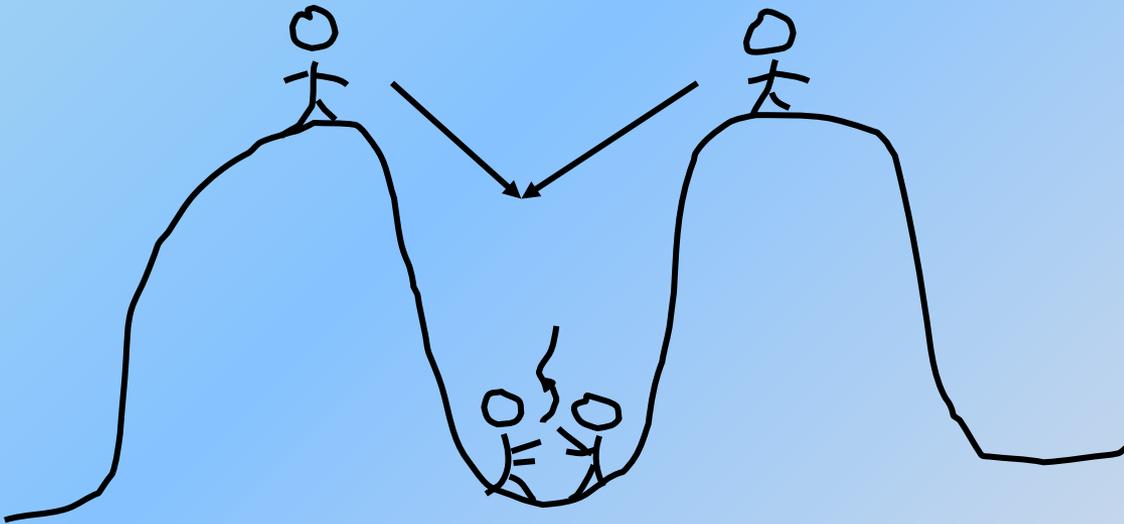
Paul Watzlawick

1. pragmatisches Axiom



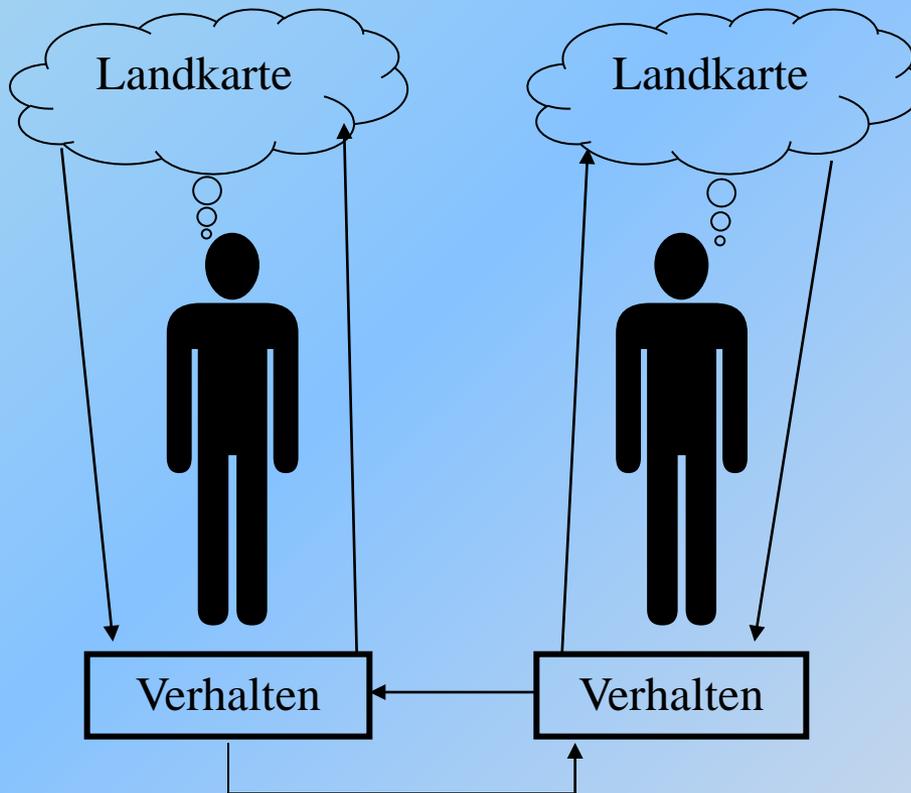
„Jede Kommunikation hat einen Inhalts- und einen Beziehungsaspekt, derart, dass Letzterer den ersten bestimmt und daher Metakommunikation ist.“

Paul Watzlawick
2. pragmatisches Axiom



„Die Natur einer Beziehung ist durch die Interpunktion der Kommunikationsabläufe seitens des Partners bedingt.“

Paul Watzlawick
3. pragmatisches Axiom



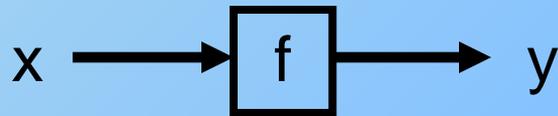
Wahrnehmen
• unterscheiden
• ergänzen
• auswählen

Mit-teilen

Verstehen

Triviale und nicht-triviale Maschinen

Foerster H,
Sicht und Einsicht, 1999



x	y
A	1
B	2
C	3
D	4

$$Y \text{ (Wirkungsfunktion)} = f(x)$$

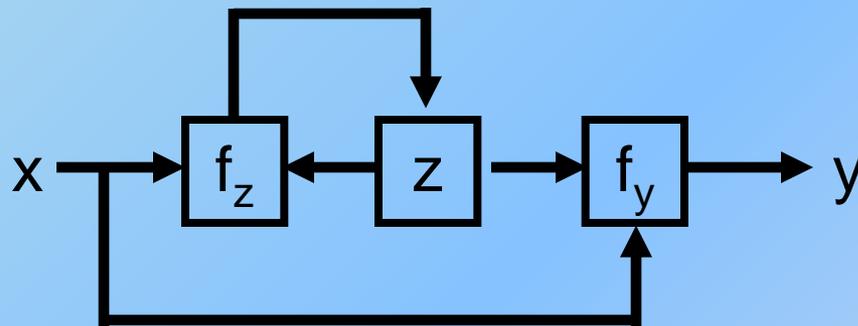
$$R \text{ (Anzahl der möglichen Maschinen)} = Y^X$$

$$R = 2^2 = 4$$

$$R = 4^4 = 256$$

Triviale und nicht-triviale Maschinen

Foerster H,
Sicht und Einsicht, 1999

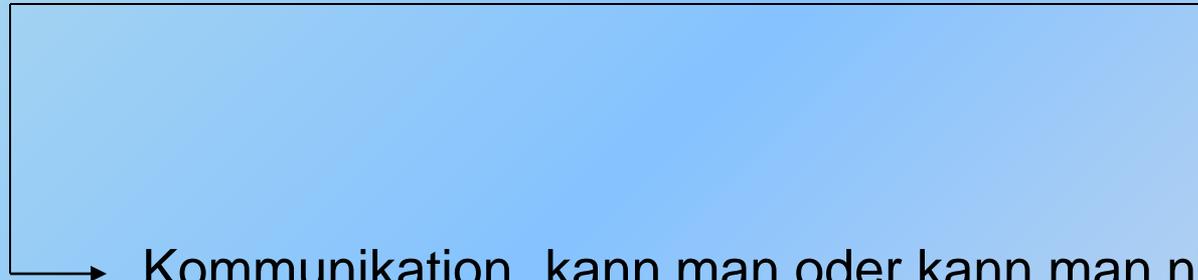


$$Y \text{ (Wirkungsfunktion)} = f(x, z)$$

Anzahl der x/y	Anzahl der möglichen Maschinen
2	$2^{16} = 65\,536$
4	$2^{81926} = 10^{2446}$
8	$2^{3 \times 2^{30}} = 10^{969685486}$

Kommunikation mit Patienten

Irrtümer

- 
- Kommunikation „kann man oder kann man nicht“
 - Kommunikation ist einfach („reden kann doch jeder“)
 - Kommunikative Kompetenz nimmt mit dem Alter und der Erfahrung zu
 - Der Patient will nicht reden, sondern gesund werden
 - Wir haben ohnehin viel zu wenig Zeit

Kommunikation mit Patienten

Tatsachen



Das Gespräch ist die häufigste ärztliche und pflegerische Handlung.

Kommunikation bestimmt maßgeblich das Befinden des Patienten - und der Begleiter.

Gelungene Kommunikation ist ein Hauptgrund der Zufriedenheit von Patienten.

Misslungene Kommunikation ist ein Hauptgrund der Enttäuschung und Unzufriedenheit von Patienten.

Grundlegende Funktionen des ärztlichen Gesprächs mit Patienten

Lazare A. et al,
Three Functions of the Medical Interview, 1995

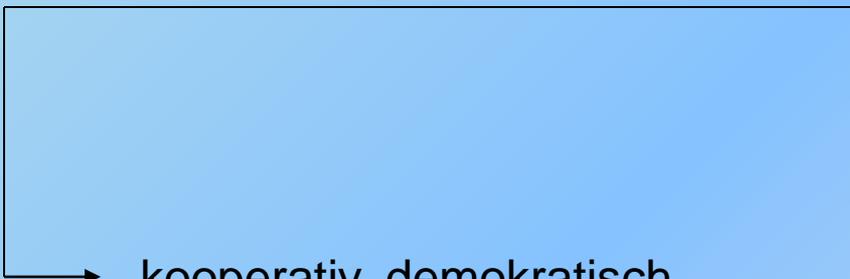
Funktion 1: Das Problem bestimmen und überwachen.

Funktion 2: Die therapeutische Beziehung entwickeln, aufrechterhalten und abschließen.

Funktion 3: Den Patienten aufklären und für die Einhaltung des Behandlungsplans Sorge tragen.

Grundzüge einer idealtypischen Arzt-Patienten-Beziehung

Gordon T., Edwards W. S.
Patientenkonferenz, 1999



kooperativ, demokratisch

ohne Zwang, freiwillig

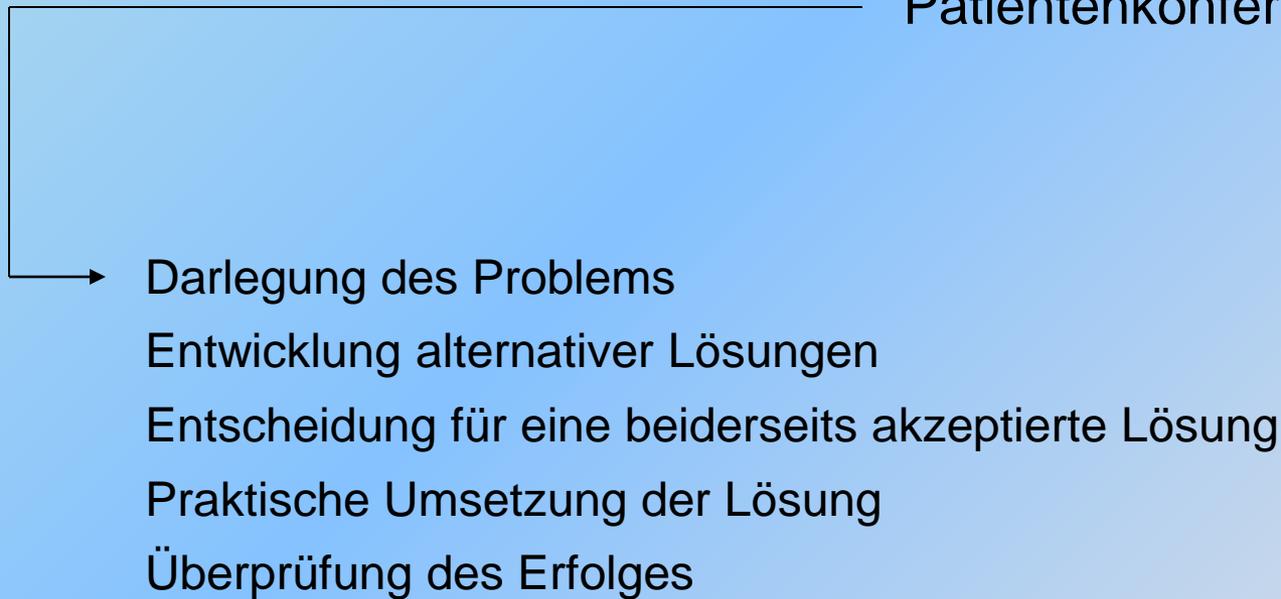
gleiche Rechte mit unterschiedlichem Wissen

Jeder kennt wichtige Fakten, die dem anderen nicht zugänglich sind

arbeitsteilig, partnerschaftlich

Das Sechs-Stufen-System für effektive Zusammenarbeit

Gordon T., Edwards W. S.
Patientenkonferenz, 1999



Patient

- äußert Sorgen / Ängste
- konfrontiert mit schlechter Nachricht

Emotionale Antwort

- Aktives Zuhören
- Empathische Antwort

Fachliche Antwort

- Beruhigung
- Ratschläge
- Information
- Themenwechsel

Arzt

Empathie, Wertschätzung und Echtheit im Verhalten

Empathie

- Patienten verständnisvoll und vorurteilslos annehmen und ihnen mit dieser Grundhaltung begegnen
- Empathie = nicht Mitleiden mit dem Gesprächspartner, sondern Verstehen seiner inneren Erlebniswelt ohne Lenken, Belehren, Interpretieren oder Ermahnen

Wertschätzung

- Grundlage des Gesprächs und Umgangs ist das wertschätzende Akzeptieren
- Auch wenn neue Patienten mit dem Etikett "schwierig,, angekündigt werden, diese nicht automatisch in die Kategorie der problematischen Patienten einreihen
- „Ich biete ihm Hilfe an, er muss sie jedoch nicht annehmen und ich achte ihn als Person.“

Echtheit

- Sich authentisch und glaubwürdig verhalten
- Gerade schwierige Patienten haben ein ausgeprägtes Gespür für die echte Grundeinstellung, die ihnen entgegengebracht wird.
- Trotz des grundlegenden Verständnisses gilt es aber auch, klare Grenzen zu setzen!

Begrüßung, aktives Zuhören und Gesprächsführung

Begrüßung: Orientierung und Kontakt

- Information: Name und Funktion des Gesprächsführenden, Inhalt und Zweck des Gesprächs, voraussichtliche Dauer, Arrangement des Gesprächs (Ort, Sitzposition etc.)
- Zeitgrenzen offenlegen
- äußere Einflüsse und mögliche Störungen ankündigen
- Themen und Inhalte zu Beginn benennen

Aktiv zuhören:

- Warten
- Wiederholen
- Spiegeln
- Zusammenfassen in eigenen Worten Ankündigung, kürzer als die Äußerungen des Patienten, eng angelehnt an seinen Worten

Gesprächsführung übernehmen

- Die Aufmerksamkeit des Patienten gewinnen
- definitive Aufmerksamkeit abwarten
- Zusammenfassen, eigene Agenda einbringen

„Listen to the patient, he ist telling you the diagnosis“

Sir Wiliam Osler (1904)

