

## **Leitlinienarbeit zum Thema Gesprächsführung-Beziehungsorientierung-Anamnese-Konzept der weiteren Arbeit**

Zunächst möchte ich Ihnen einen **Überblick geben über die bisherige Leitlinienarbeit.**

Seitens der Leitliniengruppe Hessen wurde eine Überarbeitung der Leitlinie Hausärztliche Psychosomatik vorgelegt, die ich im Kern ablehne, weil sie an einer althergebrachten psychosomatischen Krankheitslehre ansetzt. (Die Leitlinie zur Gesprächsführung aus Hessen ist unsystematisch, was Auflistung von Gesprächs Typen angeht, sie orientiert sich einseitig an einem Modell der allgemeinen Gesprächsführung, nämlich dem Neurolinguistischen Programmieren, die Auswahl von Patiententypen und schwierigen Gesprächssituationen erscheint willkürlich. Sie fällt hinter die S 3 Leitlinie zu den unspezifischen, funktionellen und somatoformen Körperbeschwerden zurück.)

Erstellt, aber vom Sprecher der SLK zurückgezogen, wurde die S 1 Leitlinie zur hausärztlichen Basisbehandlung depressiver Patienten. Sie benennt das hausärztliche Gespräch als Wirkfaktor der Basisbehandlung. Sie versucht, einen systematischen Zusammenhang des sprachlich-interaktiven Handelns mit den medizinischen Inhalten und Prozessen der Beziehungsgestaltung herzustellen. Dies halte ich für einen grundsätzlichen Weg, den wir in Bezug auf Diagnose spezifische Leitlinien einschlagen sollten. Wie mit der S1 LI umgegangen wird ist derzeit noch offen.

Die S 3 Leitlinie zu den unspezifischen, funktionellen und somatoformen Körperbeschwerden versucht zumindest bei den Hilfestellungen für die Praxis, den Aspekt der Beziehungsgestaltung zu berücksichtigen. Bis auf diese letztgenannte LL wird in den mir bekannten S3 LI hausärztliche Versorgung reduziert auf die Erkennung psychischer Krankheiten, Psychoedukation, und medikamentöse Therapie und Koordinierung der Langzeitversorgung.

Da die Gestaltung zur geplanten S2-Leitlinie noch nicht nachvollziehbar weitergeht, werden wir uns auf einen Gesprächstypus, den der Anamnese konzentrieren und selber die Arbeit dazu aufnehmen.

**Grundsätzlich sind Leitlinien sinnvoll, um durch Evidenz Basierung einer Beziehungsorientierung Bedeutung zu verschaffen.** Viele Veröffentlichungen zu Gesprächsinterventionen stellen keine Untersuchungen zur Überprüfung der Evidenz dar, sondern sind Vorschläge von Experten. Nicht selten werden solche Vorschläge für Evidenz basiert gehalten, weil sie publiziert wurden.

**Systematisch sind für die Leitlinienarbeit folgende Bereiche sinnvoll:**

**1. Allgemeine Leitlinie zum Arzt-Patient-Gespräch**, das sich am Prozess der Arzt-Patient-Interaktion orientiert. Hier liegt viel Forschung auch aus linguistischer und medizinsoziologischer Sicht vor.

2. Sicherlich benötigen wir auch gesprächstypische Leitlinien, die sich auf die unterschiedlichen **Gesprächsanlässe** beziehen. **Hier könnte folgende Systematik zugrundegelegt werden.**

1. das anamnestiche Erstgespräch
2. Gespräche zur Vermittlung von Informationen
3. Bilanz- oder Folgegespräche
  - a. salutogenetische Gesprächsführung
  - b. motivierende Gesprächsführung
4. Gespräche mit Patienten in akuten Krisen
5. Gespräche mit mehreren Beteiligten
6. begleitende Interventionen der körperlichen Untersuchung

Dazu liegen zum Teil LI vor bzw. sind Interventionen systematisch beschrieben. Hier ist zu unterscheiden zwischen Patienten orientierten Gesprächen wie Anamnese und Bilanzgesprächen und den Arzt zentrierten Gesprächen wie dem Aufklärungsgespräch (partizipative

Entscheidungsfindung) und dem Gespräch zur Vermittlung schlechter Nachrichten. Inwieweit solche allgemein anerkannten Interventionen auch evidenzbasiert sind, ist noch offen.

### 3. Diagnosespezifische Leitlinien

Da derzeit die Medizin von Diagnosen ausgeht, würde dies erforderlich machen, bei jeder diagnosespezifischen Leitlinie Beziehungsgestaltung und sprachliche Interaktion zu berücksichtigen. Wir behandeln nicht den Diabetiker, sondern den Patienten, der ängstlich gestimmt ist oder den, der in seinem Selbstwert Gefühl reduziert ist, den, der sein beschämtes Selbst narzisstisch überhöhen will, den, der seine Wut über sein unterdrücktes Selbst rituell und rationalisierend bearbeitet oder den, der sein Selbst nur in der Imitation empfindet.

Es müssten die Emotionen berücksichtigt werden, die gleich einem Ordner die Interaktionen gestalten und zu dysfunktionalen Mustern in der Arztpatient Interaktion führen können. Dies existiert bisher selten. Selbst bei den Leitlinien zu den psychischen Diagnosen Depression und Angst wird hausärztliche Behandlung auf Psychoedukation und Medikation reduziert. Die Leitlinie: Unspezifische ...Körperbeschwerden ist hier eine Ausnahme.

4. **Leitlinien zu verschiedenen Versorgungsebenen** zum Beispiel psychosomatische Grundversorgung des Hausarztes und fachbezogene Psychotherapie des Hausarztes .

Es fehlt eine Definition, was hausärztliche psychosomatische Grundversorgung beinhaltet. Psychosomatik scheint sich innerhalb der Degam in geteilte Richtung zu differenzieren, in die eine, wie wir Hausärzte psychische Krankheiten behandeln und in die andere, welche Techniken der Gesprächsführung anzuwenden sind.

### Gesprächstypus Anamnese- Konzept der Arbeit daran

Wir haben uns entschieden aus diesem riesengroßen Thema den Gesprächstypus Anamnese herauszugreifen. Wir möchten Evidenzbasierung zu diesem Gesprächstypus untersuchen. Dies könnte in einer S1-Leitlinie: "Anamnese in der hausärztlichen Praxis" münden und natürlich in einer Unterstützung an diesem Punkt der geplanten S2-Leitlinie Ärztliche Gesprächsführung. Dieses Projekt hätte zwei Schwerpunkte:

**Als 1.** würde es darum gehen, Evidenzen zu finden, die belegen, welche **Bedeutung eine emphatische gestaltete Arzt- Patient Beziehung** für ärztliches Handeln, in unserem Fall die Anamnese, hat. *Gibt es eine Evidenz dafür, eigene Befindlichkeit zu reflektieren? Gibt es eine Evidenz, die auf Zeitersparnis durch Investitionen in den Anfang hinweist?*

**Welche Evidenz in gibt es dafür im Patienten Outcome?** Hier gibt es meines Erachtens gesicherte Evidenz, die auch schon Niederschlag gefunden hat in unserer Literaturliste zur Beziehungsorientierung in der Medizin auf unserer Home Page. Verweisen möchte ich insbesondere auf die gute zusammen Fassung von J. Halpers. Literatur im Anhang (1).

**Welche Wirkfaktoren in der Arzt-Patient-Beziehung sind gefunden?** Hier sind sicherlich Rückgriffe auf die Psychotherapieforschung erforderlich.

Empirisch belegte Wirkfaktoren sind die Entwicklung von Selbstkompetenz durch Ressourcenaktivierung, die Psychoedukation und die partizipative Entscheidungsfindung.

Die hilfreichen Erfahrungen für die Patienten sind:

sich ausreichend mitteilen zu können und sich verstanden und akzeptiert zu fühlen,

die Entlastung durch Verstehen,

das Erleben von Fürsorge und Hilfe,

die Klärung der eigenen Erwartungen, der eigenen Gefühle,

das Erleben einer korrigierenden Beziehungserfahrung,

Erlangung von der Selbstkompetenz und

die Gewinnung einer positiven Perspektive.

Hier finden sich Belege in den neueren S3 Leitlinien zur Unipolaren Depression und zu den unspezifischen Körperbeschwerden.

**Welche Haltungen** oder um einen anderen Begriff zu finden, **welche Strategien sind belegt?** Hier hatte Uli Schwantes auf einem Workshop von uns Einiges zusammengetragen basierend auf der S3 Leitlinie Unspezifische Körperbeschwerden.

Meine Zusammenfassung:

- Aktives Zuhören (Evidenzgrad 4) und offene Fragen (Evidenzgrad 3)
- das Anerkennen der Gefühle des Patienten (Evidenzgrad 1b),
- das gemeinsame Suchen nach der Bedeutung dieser Gefühle,
- die Bestätigung der Anteilnahme, Annehmen der Beschwerdekategorie (Evidenzgrad 4)
- Verstehen der Perspektive des Patienten (Evidenzgrad 2)
- Zusammenfassen (Evidenzgrad 4)
- die Klärung gemeinsamer Zielsetzungen-Share decision making (Evidenzgrad 2b)
- die Ausweitung des therapeutischen Teams (E1b)

Reviews sind enttäuschend. Alle Interventionen wirken mehr oder weniger auf die Compliance. (2) Eine Revision aus medizinsoziologischer und linguistischer Sicht von Peter Nowak berücksichtigt einen anderen Ansatz der Untersuchung als den uns bekannten. Auf diesen möchte ich besonders verweisen: Peter Nowak: Die Arzt-Patient-Interaktion – aus systemtheoretischer Sicht-Berücksichtigung von Transkripten. <http://www.univie.ac.at/linguistics/florian/api-on/>

## 2. Welche Strukturen und Interventionen sollte dieser Gesprächstypus aufweisen?

Sollte zwischen einfachen und komplexen Beratungsanlässen unterschieden werden (Grundsätzlich ist zwischen einem Erstkontakt in der hausärztlichen Praxis und einem erneuten Beratung Anlass bei bereits bekannten Patienten zu unterscheiden)? Sind die einzelnen Phasen auch zeitlich fraktioniert sinnvoll durchführbar? Welche Bedeutung hat die erlebte Anamnese für den Hausarzt?

Der Ablauf einer Anamnese ist unserer Meinung folgender:

Vorbedingung : Klärung der Rahmenbedingungen (störungsfreier Ablauf) und der Barrieren (z.B. Sprache)

1. Begrüßung und Eröffnung
2. Zuhören
3. Klären (dies schließt auch eine Übersetzung der Symptomschilderung in die diagnostischen Schemata voraus. Ebenso das Verstehen und Kommunizieren der Patientenperspektive)
4. Zusammenfassen
5. Kontext der Beschwerden im aktuellen Beziehungsgefüge und sozialen Umfeld
6. biografische Anamnese
7. Ressourcen erfragen und ansprechen
8. diagnostisches Vorgehen gemeinsam abklären
9. Terminstruktur ab sprechen

Hierbei sind insbesondere medizinsoziologische und linguistische Forschungen zu berücksichtigen. Unser erster Eindruck ist, dass die Evidenz bis auf die medizinsoziologische und linguistische Forschung dünn ist, und es eher darum gehen wird, weiße Flecken in der Landkarte nachzuweisen. Als nächstes Ergebnis könnte ein Workshop dazu auf dem Degam Kongress 2015 sein. Ein erstes Ergebnis könnte im Frühjahr 2015 vorgelegt werden.

(1)

Halpern J. Empathy and Patient–Physician Conflicts Fam Med. 2002; 34(5):331-6

Roter D Hall J Merisca R Nordstrom B Cretin D Svarstad B. Effectiveness of interventions to improve patient compliance: a meta-analysis. Med Care 1997;36(8):1138–61

Epstein RM Hadee T Carroll J Meldrum SC Lardner J Shields CG. “Could this be something serious?” Reassurance, uncertainty, and empathy in response to patients’ expressions of worry. J Gen Intern Med. 2007;22(12):1731-9

Thorne SE Harris SR Mahoney K Con A McGuinness L. The context of health care communication in chronic illness. *Patient Educ Couns.* 2004;54(3):299-306

Stefano Del Canale et al: The Relationship between Physician Empathy and Disease Complications: An Empirical Study on Primary Care Physicians and their Diabetic Patients in Parma, Italy. *Academic Medicine* 2012; 87(9)

Orlinsky DE Roennestadt MH Willutzki U. Fifty Years of Psychotherapy Process-Outcome Research: Continuity and Change. New York: MJ L, ed. Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change, 2004

Beckman HB Markakis KM Suchman AL Frankel RM. The doctor-patient relationship and malpractice. Lessons from plaintiff depositions. *Arch Intern Med.* 1994 ;154(12):1365-70

Hausteiner-Wiehle C Grosber M Bubel E Groben S Bornschein S Lahmann C Eyer F Eberlein B Behrendt H Löwe B Henningsen P Huber D Lin E Katon W, Von Korff M Bush T Lipscomb P Russo J Wagner E: Frustrating patients: physician and patient perspectives among distressed high users of medical services. *J Gen Intern Med* 1991; 6(3):241-246

Epstein RM Hadee T Carroll J Meldrum SC Lardner J Shields CG. "Could this be something serious?" Reassurance, uncertainty, and empathy in response to patients' expressions of worry. *J Gen Intern Med.* 2007;22(12):1731-9

Betancourt H. Attribution-emotion processes in White's realistic empathy approach to conflict and negotiation. *Peace Confl.* 2004;10:369–80

Schaefer R Hausteiner-Wiehle C Häuser W Ronel J Herrmann M Henningsen P. Clinical Practice Guideline: Non-specific, functional and somatoform bodily complaints. *Dtsch Arztebl Int* 2012; 109(47): 803-13

(2)

Beck RS, Daughtridge R, Sloane PD. Physician-patient communication in the primary care office: a systematic review *J Am Board Fam Pract.* 2002;15(1):25-38

Roter D Hall J Merisca R Nordstrom B Cretin D Svarstad B. Effectiveness of interventions to improve patient compliance: a meta-analysis. *Med Care* 1997;36(8):1138–61