

DEGAM

Das anamnestische Erstgespräch

DEGAM-Praxisempfehlung

Deutsche Gesellschaft
für Allgemeinmedizin
und Familienmedizin e.V.





Die Praxisempfehlungen zur hausärztlichen Versorgung der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM), der wissenschaftlichen Fachgesellschaft für Allgemeinmedizin, zielen auf die Beschreibung angemessenen, aufgabengerechten Handelns im Rahmen hausärztlicher bzw. allgemeinmedizinischer Grundversorgung. DEGAM-Praxisempfehlungen verstehen sich als Hilfen für die Verbreitung von Leitlinien, deren Themen in der hausärztlichen Versorgung von besonderer Bedeutung sind.

Zur Weiterentwicklung sind Kommentare und Ergänzungen herzlich willkommen und sollten bitte gesandt werden an die:

DEGAM-Geschäftsstelle Leitlinien

c/o Institut und Poliklinik für Allgemeinmedizin
Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf
Martinistraße 52
20246 Hamburg
Tel.: +49 (0)40 7410-59769
Fax: +49 (0)40 7410-53681
leitlinien@degam.de

© DEGAM 2017

Herausgeber

Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM), Berlin


Herstellung

Ständige Leitlinien-Kommission der DEGAM
Federführung: Dr. Iris Veit, Bahnhofstr. 204, 44629 Herne
info@irisveit.de

Wesentlich beteiligt an der Erstellung ist die Österreichische Gesellschaft für Psychotherapie und Psychosomatik in der Allgemeinmedizin (ÖGPAM), vertreten durch die Präsidentin Dr. Barbara Hasiba.

Autorengruppe: Iris Veit, Rahul Mukherjee, Thomas Steger, Ottomar Bahrs, Barbara Hasiba

Diese Empfehlung wurde in einem mehrjährigen Prozess der Überarbeitung durch Kolleginnen und Kollegen, die in der Aus- und Weiterbildung und in der Versorgung tätig sind und linguistischer und soziologischer Experten erstellt. Der Pro-



zess beinhaltet insgesamt drei Workshops einschließlich der Auswertung transkribierter und videografiertes Videos von Erstgesprächen und ausführlicher Literaturrecherche.

Stand 11/2017

Revision geplant: 02/2019

Das Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne Zustimmung der Herausgeberin unzulässig und strafbar. Dies gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Alle in diesem Werk enthaltenen Angaben, Ergebnisse usw. wurden von den Autoren und der Herausgeberschaft nach bestem Wissen erstellt. Sie erfolgen ohne jede Verpflichtung oder Garantie der Herausgeberin. Sie übernimmt deshalb keinerlei Verantwortung und Haftung für etwa vorhandene inhaltliche Unrichtigkeiten.

Die Wiedergabe von Gebrauchsnamen, Handelsnamen, Warenbezeichnungen usw. in diesem Werk berechtigt auch ohne besondere Kennzeichnung nicht zu der Annahme, dass solche Namen im Sinne der Warenzeichen- und Markenschutz-Gesetzgebung als frei zu betrachten wären und daher von jedermann benutzt werden dürfen.

Inhalt

0	Vorwort	5
1	Ziele der Praxisempfehlung	5
2	Aufbau/ Struktur des anamnestischen Erstgesprächs	9
3	Rahmenbedingungen des anamnestischen Erstgesprächs	9
4	Module des anamnestischen Erstgesprächs und Gesprächsinterventionen	10
5	Begründung für die vorgeschlagenen Strategien	13
6	Literaturangaben	15

0 Vorwort

Die Anamnese ist die häufigste Aufgabe der Gesprächsführung in der hausärztlichen Praxis. Die Praxisempfehlung konzentriert sich auf die Gesprächsführung bei bislang unbekanntem Patientinnen oder Patienten. Die Schritte der Anamneseerhebung im Prozess dieses Gesprächs werden dargelegt, um am Beginn der Beziehung zwischen Patientin/Patient und Ärztin/Arzt eine Grundlage für eine empathische, kooperative Beziehung zu legen und Fehlversorgung zu vermeiden. Diese Schritte gründen sich auf dem, in den Zukunftspositionen der DEGAM und im Positionspapier zur Psychosomatischen Grundversorgung dargelegten hausärztlichen Versorgungsauftrag.

Die von der Deutschen Gesellschaft für Allgemein- und Familienmedizin DEGAM erarbeiteten Zukunftspositionen stehen unter dem Motto: Allgemeinmedizin - spezialisiert auf den ganzen Menschen. In diesen wird die Bedeutung der kontinuierlichen, langfristigen und persönlichen Patient-Arzt-Beziehung (Position 9,10) dargestellt. Diese Beziehung ist selbst wesentliches Werkzeug für Diagnostik und Therapie und wird vor dem Hintergrund des Umfeldes der Patientinnen und Patienten wirksam (Position 5 und 10). Eine solche Beziehung soll Patientinnen und Patienten darin unterstützen, ihre eigenen Ressourcen selbständig und aktiv zu nutzen (Positionen 7 und 12). Die gleichen Auffassungen verfolgt das DEGAM-Positionspapier zur Psychosomatischen Grundversorgung.

Der in diesen Positionen vertretene Anspruch ist ein wesentliches Merkmal der Allgemeinmedizin. Sie muss sich der Lebenswirklichkeit der Patientinnen und Patienten mit ihren körperlichen Krankheiten, ihrem subjektivem Erleben, ihren individuellen, sozialen Beziehungen und ihren individuellen Möglichkeiten stellen. In der Praxis besteht daher die angesichts der allgemeinen Rahmenbedingungen anspruchsvolle Aufgabe, diese Lebenswirklichkeit individuell zu erfassen.

1 Ziele der Praxisempfehlung

In der Praxisempfehlung soll dieser Anspruch an den hausärztlichen Versorgungsauftrag für das anamnestische Erstgespräch mit einer bisher unbekanntem Patientin oder Patienten realisiert werden. Diesem Zweck dient ein Werkzeugkasten von verbalen Interventionen in einem zeitlich aufeinander aufbauenden Ablauf.

Im Hintergrund steht immer die Aufgabe, eine Beziehung von Anfang an und auf Dauer so zu gestalten, dass die Anliegen der Patientinnen und Patienten, ihre Lebenswirklichkeit, ihre Ressourcen und ihre Partizipation erfasst bzw. ermöglicht werden. Die Intention dieser Praxisempfehlung ist daher, die Investition von Zeit und Aufmerksamkeit in den Anfang der Beziehung zu legen. Bei erneutem Beratungsanlass bekannter Patienten erfährt die beschriebene zeitliche Abfolge des Erstkontakts Modifikationen. Bereits vorher geklärte Themen und Bezüge müssen nun nicht mehr erfragt werden, sondern können in Zusammenfassungen erinnert werden. Die beschriebenen Module sind auch bei neuen Beratungsanlässen bereits bekannter Patientinnen und Patienten hilfreich.

Dieser Werkzeugkasten versucht, nicht nur den hausärztlichen Anspruch der Versorgung zu realisieren, es besteht auch Evidenz für den Nutzen. Evidenzbasiert ist die Bedeutung der Beziehung zwischen Patientin/Patient und Ärztin/Arzt als kooperative, heilsame Beziehung. Patientenseitig nützt:

- die Erfahrung, sich ausreichend mitteilen zu können, sich verstanden und akzeptiert zu fühlen,
- die Erhöhung der Selbstwirksamkeit durch Anerkennung bisheriger Leistungen im Umgang mit Krankheit und Belastungen, Ermutigung und Fürsorge (siehe Degam-Positionspapier zur Psychosomatischen Grundversorgung),
- ihre Partizipation in Bezug auf therapeutische Ziele und diagnostisches Vorgehen (share-decision-making). Dies ist zu einem ethischen Grundsatz geworden.

Diesen genannten Wirkfaktoren und Erkenntnissen der Kommunikationsforschung trägt die Praxisempfehlung Rechnung. Die zugrundeliegende Literatur wird im Anhang aufgeführt.

Im anamnestischen Erstgespräch stellen sich folgende Ziele:

1. die Herstellung einer kooperativen, hilfreichen Beziehung,
2. die Wahrnehmung und Klärung
 - des Behandlungsanliegens auf der Beschwerde- und der Beziehungsebene,
 - der Beschwerden im Hinblick auf Qualität (Wie und Wo?), Quantität (Wie schwer?) und ihres Verlaufs (Seit wann? Wie oft? Ausnahmen?),
 - der Sichtweise, Bedeutungsgebung und Anliegen der Patientinnen und Patienten
 - des Kontexts zu früheren Beschwerden, aktueller weiterer Beschwerden, der Medikation, der aktuellen und früheren Beziehungserfahrungen und des persönlichen und sozialen Umfelds und vorangegangener professioneller oder eigener Behandlungsmaßnahmen,
3. das Einordnen
 - verstanden als Übersetzen der geschilderten Beschwerden in diagnostische Kategorien (Arbeitshypothesen) und Festhalten fehlender diagnostischer Bausteine und Abgleichen
 - verstanden als Zusammenfassen ergänzt vom gemeinsamen Absprechen von Zielen und des weiteren Vorgehens.
4. Neben den diagnostischen Zielen verfolgt die Anamnese bereits ein therapeutisches Ziel durch
 - Beziehungsangebot,
 - Ressourcenorientierung und
 - Einbeziehung der Patientinnen und Patienten.

Zu den Zielen im Einzelnen:

Herstellung einer kooperativen, hilfreichen Beziehung

Eine solche Beziehung ist Evidenz basierter Wirkfaktor der hausärztlichen Versorgung. Konzentration von Aufmerksamkeit und Zuhören sowie die Erfassung der Patientenperspektive am Beginn ist wesentlich für die Gestaltung der hilfreichen Beziehung. Dabei ist zu beachten, dass Beziehungsmuster der Patient-Arzt-Beziehung das ärztliche diagnostische und therapeutische Handeln von Beginn an beeinflussen. Das Erkennen und Verstehen dieser Muster und der damit einhergehenden Metaphern ist ein wesentliches Ziel, welches sich durch den gesamten Ablauf des Erstgesprächs ziehen sollte.

Erfassung des Behandlungsauftrags

Im Vorfeld des Arztbesuches sind Interaktionen der Patientinnen und Patienten mit ihrem Umfeld vorangegangen, die die Hausärztin oder der Hausarzt berücksichtigen sollten. Welche Interventionen zur Anwendung kommen, ist vom expliziten Behandlungsanliegen der Patientin oder des Patienten auf der Beschwerde- und auf der Beziehungsebene abhängig. Doch was Patienten am Beginn der Behandlung als ihre Anliegen bereits formulieren können und wollen, ist auch abhängig davon, welche Angebote Ärzte machen. Stellen sie sich überhaupt für eine Betreuung zur Verfügung, die den psychosozialen Kontext berücksichtigt?

Manches Anliegen kann oder will die Patientin oder der Patient nicht formulieren. Konzentriertes Zuhören ermöglicht der Ärztin oder dem Arzt, auch nicht verbalisierte Anliegen wahrzunehmen. Diesem Ziel dienen Fragen, die sich die Ärztin oder der Arzt bei jedem Erstkontakt stellen sollten: „Warum gerade hier, warum gerade jetzt, warum gerade so?“ Die Interventionen oder Tools dieser Empfehlung sind nicht beschränkt auf Beratungsanlässe, bei denen psychosoziale Konflikte sofort erahnt und emotionale Belastungen erspürt werden, sondern sollen bei allen Beratungsanlässen der Erfassung eines umfassenden Behandlungsauftrags dienen. Hierbei ist auch auf die geschlechtsspezifische Sprachregelung zu achten.

Erfassung des bio-psycho-sozialen Kontexts von Beschwerden und Krankheiten

Die weiter unten beschriebenen Module realisieren auf der Ebene der Gesprächsführung, dass Beschwerden und Krankheiten nur in einem bio-psycho-sozialen Kontext zu verstehen sind und deshalb dieser Kontext erfragt werden soll. Die Beschwerden von Beginn an im aktuellen psychosozialen Beziehungskontext und lebensgeschichtlichen Kontext zu klären ist Teil des familienmedizinischen Auftrags und besonders für die hausärztliche Praxis von Bedeutung, um Fehlversorgung und Missverständnisse zu vermeiden. Die „erlebte Anamnese“ der Ärztinnen oder Ärzte auf Grund ihrer möglichen Kenntnis von Angehörigen, Nachbarn und sozialen Bezügen oder auch Fragebögen oder Mitteilungen der Vorbehandelnden oder aus ihrem Team können wichtige Anregungen liefern. Diese ergänzen die Anregungen, die sie aus der Szene im Sprechzimmer und Schilderungen der Patienten gewinnen, ersetzen aber niemals ihre Aufgabe, die subjektive Sichtweise und Bedeutungsgebung ihrer Patienten zu erfragen. Die biografische Anamnese dient dem Erkennen von Mustern im Verhalten der Patienten und kann Hinweise darauf liefern, wie diese geworden sind, wie sie sind und über welche Ressourcen und Vorerfahrungen Patienten verfügen. Early-life-distress ist ein bedingender Faktor vieler, auch chronischer Erkrankungen. Darüber hinaus können Hausärzte nur ressourcenori-

entiert intervenieren und die Lebensleistungen ihrer Patienten würdigen, wenn diese ihnen überhaupt bekannt sind.

Die in Modul 5 genannten biografischen Fragen sind nicht beliebig, ihre Auswahl beruht auf gesundheitswissenschaftlichen Forschungen.

Einordnen und Zusammenfassungen wiederholen

Die Ärztin oder der Arzt sollten während des anamnestischen Gesprächs Einordnungen und Zusammenfassungen wiederholen. In solche Zusammenfassungen fließen oft arztseitige Hypothesen und Deutungen ein. Die Patientin oder der Patient kann sich dazu äußern, sie annehmen, ergänzen oder auch nicht. Auf diese Weise können Zusammenfassungen helfen, das ärztlicherseits Verstandene zu überprüfen, ein abgestimmtes Vorgehen zu entwickeln, und der Handlungsspielraum der Patientin oder des Patienten kann erweitert werden.

Therapeutische Aspekte der Anamnese

■ **Beziehungsgestaltung**

Die Gesprächsinterventionen stellen einen Werkzeugkasten dar, mit dessen Hilfe sich die ärztliche Kompetenz der Beziehungsgestaltung entfalten kann. Die Interventionen geben Raum, die Patientin oder den Patienten und ihre Erzählung auf sich wirken zu lassen und Interaktionsmuster zwischen Patient und Arzt zu reflektieren. Das kann arztseitig die Möglichkeit erweitern, die Patientin oder den Patienten zu verstehen, sich selbst vor impulsiven Handeln und eigenen negativen Emotionen zu schützen und das Übersehen von Kontextfaktoren und Warnsymptomen vermeiden helfen. Auf dem Fundament des Verstehens des Anderen kann ein wechselseitiges Bezogensein gebaut werden, das einen gemeinsamen Behandlungsweg ermöglicht. Patientenseitig eröffnet sich die Möglichkeit, eine andere Beziehungserfahrung als bisher gewohnt zu machen.

■ **Ressourcenorientierung**

Bereits in und durch die Anamnese sollen die salutogenen Fähigkeiten der Patientin oder des Patienten (Selbstwirksamkeit) gestärkt werden. Dem dienen die in Modul 4 genannten Fragen.

■ **Einbeziehung der Patientinnen und Patienten**

Das wechselseitige Bezogensein ermöglicht, den ethischen Grundsatz der gemeinsamen Problemaushandlung und Formulierung von individuellen Gesundheitszielen zu berücksichtigen und die Einbeziehung der Patientinnen und Patienten in die Entscheidung über den Plan der Diagnostik und Therapie.

2 Aufbau/ Struktur des anamnestischen Erstgesprächs

Die Gesprächsinterventionen sind in Modulen in einem zeitlichen Verlauf aufeinander aufgebaut und bieten beispielhafte Formulierungen an. Nicht alle müssen immer bei allen Patienten und bei jedem Beratungsanlass vollständig angewendet werden. Sie bilden ein Gerüst der Gesprächsführung, die einerseits der Ärztin oder dem Arzt Raum geben, Patienten zu verstehen, und andererseits der Patientin oder dem Patienten die Sicherheit geben, wertschätzend verstanden worden zu sein.

Die genannten Interventionen/Tools beziehen sich primär auf die Anamnese bei bislang unbekanntem Patienten, geben aber auch eine Orientierung für den Umgang mit neuen Beratungsanlässen bekannter Patientinnen und Patienten.

3 Rahmenbedingungen des anamnestischen Erstgesprächs

Welche Interventionen zur Anwendung kommen, ist vom expliziten Behandlungsanliegen der Patientin oder des Patienten auf der Beschwerde- und auf der Beziehungsebene abhängig. Handelt es sich um einen voraussichtlich kurzen einmaligen Kontakt oder um eine langfristig angelegte, hausärztliche Betreuung?

Welche Interventionen zunächst zur Anwendung kommen hängt auch vom ärztlichen Befinden ab, insbesondere den jeweiligen, zeitlichen Rahmenbedingungen. 20 Minuten können ein ausreichender Zeitrahmen sein. Wenn beim Erstkontakt keine zeitlichen Möglichkeiten einer erweiterten Anamnese bestehen, sollten Strukturen der Praxisorganisation bestehen, die eine erweiterte, über das 1. und 2. Modul hinausgehende Anamnese später ermöglichen. Solche „Spielregeln der Praxis“, die beschreiben, wann wie viel Zeit zur Verfügung steht, sollten transparent sein und aktuelle Prioritäten benannt werden. Geeignet kann auch der Zeitpunkt der Einschreibung in die hausarztzentrierte Versorgung sein und die ausführliche Anamnese eine Empfehlung für die Einschreibung werden.

Die körperliche Untersuchung ist in diesen zeitlichen Verlauf eingebaut. Sie vermittelt auch durch ihre rituellen Aspekte in Verschränkung mit den verbalen Interventionen Vertrauen und Sicherheit.

Das Team der Praxis trägt dazu bei, mehr Informationen über die Patientinnen und Patienten zu gewinnen. Gegenüber medizinischen Fachangestellten (MFA) entwickeln sich andere Beziehungskonstellationen als zur Ärztin oder dem Arzt, die zum Verstehen der Patientin oder des Patienten erweiternd sein können. Es sollten Strukturen in der Praxis vorhanden sein wie zum Beispiel Fallbesprechungen, die diese Kompetenz der MFAs nutzbar und ggf. aufgrund der unterschiedlichen Beziehungserfahrungen neu auftretende Verständigungsprobleme innerhalb des Teams transparent machen.

4 Module des anamnestischen Erstgesprächs und Gesprächsinterventionen

Vorbedingung

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

1. Modul: Patientenzentrierung	
<ul style="list-style-type: none"> ■ Begrüßung und Eröffnung 	<p>Vorstellen, namentliche Ansprache wünschenswert; wenn Patientin oder Patient nicht von sich aus anfängt, seine Beschwerden zu schildern, einleiten: „Was führt Sie zu mir/uns?“</p>
<ul style="list-style-type: none"> ■ Zuhören ■ Dasein und Nichts tun – Einstimmen auf Patienten ■ Aktives Zuhören 	<p>Achten auf Mimik, Gestik, Wortwahl und Sprachfluss, Körperhaltung, Kleidung und äußerer Eindruck, Stimmung und mnestiche Fähigkeiten; welche Bilder /Metaphern gebraucht der Patient, welche Szenen werden geschildert?</p> <p>Wie wird die Interaktion mit der Ärztin oder dem Arzt gestaltet (Warum gerade hier, warum gerade jetzt, warum gerade so)? Möglichst keine Fragen stellen. Auf die eigenen Gefühle achten!</p> <p>Aktiv ermuntern durch Körpersprache (Nicken, Bestätigen durch „Mmh“, „Ja“, Lächeln), Warten (Gesprächspausen zulassen), Wiederholen, Spiegeln und Markieren, Zusammenfassen.</p>
<ul style="list-style-type: none"> ■ Erfragen der Patientenperspektive der Auffassung der Krankheitsentstehung, des bisherigen Umgangs mit den Beschwerden, des Vorwissens, der Befürchtungen, der Erwartungen 	<p>„Was ist Ihre Erklärung, woher die Beschwerden kommen?“ „Haben Sie eine bestimmte Befürchtung?“ „Was haben Sie schon unternommen?“ „Was hat bisher geholfen, was weniger?“ „Haben Sie schon eine bestimmte Vorstellung wie ich Ihnen helfen soll/kann?“ „Was ist für Sie im Moment das Wichtigste?“</p>
<ul style="list-style-type: none"> ■ Zusammenfassen 	<p>„Verstehe ich Sie richtig, dass...?“ Annehmen des Leids und der Bemühungen der Patientin oder des Patienten: „Da haben Sie ja viel Leid erlebt!“ (Zusammenfassungen sollten wiederholt werden.) Abschließende Frage: „Ist noch etwas wichtig für Sie?“</p>

2. Modul: Arztzentriertes Klären

■ Differentialdiagnostische Einordnung /Klärung von Red Flags
ggf. zur Qualität, Quantität und Verlauf

direkte Fragen

■ Klärung der Auslösesituation

Offene Fragen:
Wie? Wo? Wie oft?

■ Klärung weiterer Beschwerden

Wann wird es besser, wann schlechter?

„Seit wann?“

„Wer war dabei?“

■ Abhängig vom Beratungsanlass bereits jetzt:
vegetative Anamnese,
Suchtverhalten,
vorherige und begleitende Krankheiten,
Unverträglichkeiten/Allergien
und bestehende Medikation,
ggf. Vor- und Mitbehandler und
bisherige Behandlungsstrategien

„Haben Sie noch weitere Beschwerden?“

3. Modul: Erfragen und Einordnen der geschilderten Beschwerden im psychosozialen Kontext

■ Erfragen der Beeinträchtigung im Alltagsleben

„Was gelingt Ihnen nicht mehr so gut wie zuvor?“

„Wann geht es Ihnen besser?“

■ Erfassen des Kontexts durch Fragen nach den Sichtweisen Anderer

„Was wäre möglich, wenn Sie diese Beschwerden nicht hätten?“

„Was meint Ihre Mutter, Vater, Partner, Arbeitskollegen... zu Ihren Beschwerden?“

■ Ggf. wahrgenommene Gefühle benennen oder aktiv erfragen
(ggf. auch schon im patientenzentrierten Teil Modul 1)

„Ich sehe, dass Sie dies sehr ängstlich/besorgt/ärgerlich macht.“ „Ihre Augen strahlen, wenn...“

„Fühlten Sie sich im letzten Monat häufiger niedergeschlagen, traurig bedrückt oder hoffnungslos?“

4. Modul: Bewältigungsstrategien der Patientin oder des Patienten erfragen – auf Ressourcen achten

Patientenseitige Bewältigungsstrategien explorieren:
 „Was haben Sie selber unternommen, um...“
 „Was tun Sie, wenn Sie sich schlecht fühlen, sich ungerecht behandelt fühlen, Sie Schmerzen haben?“
 „Wie gut und wie dauerhaft funktioniert das?“ Ressourcen (eigene Stärken, Hobbies usw.) erfragen und würdigend festhalten.

5. Modul: Biografische und krankheitsspezifische Familienanamnese

■ Biografische Anamnese

„Welche Rolle spielte Schmerz/frühere Erkrankungen in Ihrer Herkunftsfamilie, wie wurde damit umgegangen?“ Auf den Geburtsort und Zeitpunkt achten (z.B. Kriegskinder, Erfahrung von Vertreibung, kultureller Hintergrund).

Alter der Eltern bei Geburt und deren Beruf erfassen (z.B. Mutter: +28, Fleischfachverkäuferin)

Geschwisterreihe erfassen (z.B.: m + 2)

Achten auf lebensgeschichtliche Leistungen, Trennungen, Verluste. Wie wurden Schwellensituationen gemeistert?

Schulischer Werdegang, Ausbildung, derzeitige Arbeitssituation; Familienstand – eigene Kinder/Enkel.

■ Krankheitsspezifische Familienanamnese

6. Modul: Ziele, Vorgehen und Terminstruktur

■ Zusammenfassen, Ziele des Patienten erfragen und abstimmen,

Bei der Abstimmung von kurz- und langfristigen Zielen („Wofür lohnt es sich für Sie, gesund zu sein?“) auf Ambivalenzen und Autonomie der Patientin oder des Patienten achten und diese erfragen.

■ diagnostisches Vorgehen gemeinsam abstimmen

Ggf. jetzt schon den Endpunkt der Diagnostik und mögliches Ergebnis benennen.

■ Proaktiv Terminstruktur absprechen und Verabschieden

„Kommen Sie in ...Tagen/Wochen wieder, um gemeinsam Ihre Beschwerden zu überprüfen. Entspricht das Ihren Vorstellungen?“
Abhängig vom Beratungsanlass sollten die Alarmsymptome vermittelt werden, die zum erneuten Aufsuchen der Praxis führen sollten.
(ggf. abschließende Frage: „Habe ich das Wichtige verstanden, was Ihnen heute am Herzen liegt?“)

7. Modul

■ Reflexion und Dokumentation
Ggf. Einbeziehung des Praxisteams

Nach Beendigung des Gesprächs sollte Zeit bestehen, das Gespräch aus der Distanz zu durchdenken. Empfohlen wird die Dokumentation der Fakten und individueller Erinnerungshilfen.

5 Begründung für die vorgeschlagenen Strategien

Interventionen sollen operationalisiert werden, damit sie zukünftig auf ihre sinnvolle Anwendung im hausärztlichen Alltag überprüft werden können. Eine Voraussetzung dafür ist die Überprüfung bisheriger Interventionen im Hinblick auf ihre Evidenzbasierung.

Welche verbalen Interventionen sind bisher für welches Outcome belegt?

Das Erheben der vollständigen Patientenagenda (1)

→ weniger Missverständnisse, bessere Compliance, weniger Medikamenteneinnahmefehler

Das Erheben der vollständigen Agenda als Einstieg in den Arztbesuch (2,3,4)

→ weniger spät vorgebrachte Patientenanliegen, mehr in Sprache gebrachte Patientenanliegen, mehr Sicherheit aus forensischer Perspektive

Fragen nach den Auswirkungen des Problems auf Alltag, Privatleben bzw. Familie (10)

→ patientenseitig erhöhte Selbstwirksamkeit

Fragen nach und Reden über psychosoziale Themen (12,13)

→ patientenseitig größere Zufriedenheit

Kenntnis über Erwartungen und Befürchtungen der Patientin oder des Patienten (5)

→ weniger nicht notwendige, verschriebene Medikamente

Das Verbalisieren und Anerkennen der Gefühle des Patienten (6,7,8,9)

→ patientenseitig größere Zufriedenheit, weniger akute Stoffwechsellentgleisungen bei Diabetikern, niedrigere HbA1c-Werte, niedrigere LDL-Cholesterin-Werte, weniger Wiederholungen der Patientenäußerungen, weniger emotionale Intensität und weniger emotionaler Stress

Die Patientin oder den Patienten ermutigen, die eigene Perspektive zu schildern und hierbei Interesse und Anteilnahme zu besitzen und zu vermitteln (7,8,10,11)

→ patientenseitig größere Zufriedenheit, verringerte Schwere und Dauer der Erkältung, weniger akute Stoffwechsellentgleisungen bei Diabetikern, niedrigere HbA1c-Werte, niedrigere LDL-Cholesterin-Werte

Weniger Dominieren und Reden (12)

→ patientenseitig größere Zufriedenheit

Klarheit und Zuversicht vermitteln (10)

→ Erhöhte Selbstwirksamkeit, weniger Leidensdruck, größere Zufriedenheit des Patienten

Austauschen und Vermitteln von Information (inkl. Patientenedukation) (14,15)

→ Größere Zufriedenheit des Patienten

Übereinstimmung mit Patientin oder Patient finden, gemeinsames Vorgehen absprechen (shared decision making) (10)

→ Verbesserte Medikamenten-Adherence

6 Literaturangaben

1. Barry CA, Bradley CP, Britten N, Stevenson FA, Barber N. Patients' unvoiced agendas in general practice consultations: qualitative study. *BMJ* 2000; 320: 1246-50.
2. Marvel MK, Epstein RM, Flowers K, Beckman HB. Soliciting the patient's agenda: have we improved? *JAMA* 1999; 281: 283-287.
3. Beckman HB, Frankel RM. The effect of physician behavior on the collection of data. *Ann Internal Med.*1984; 101: 692–6.
4. Levinson W. Physician-patient communication: the relationship with malpractice claims among primary care physicians and surgeons. *JAMA* 1997; 277: 553-559.
5. Patients' ideas, concerns, and expectations in general practice: impact on prescribing. *Br J Gen Pract.* 2009; 59: 29–36.
6. Takemura YC, Atsumi R, Tsuda T. Which medical interview behaviors are associated with patient satisfaction? *Fam Med* 2008; 40: 253-8.
7. Del Canale S, Louis DZ, Maio V. The relationship between physician empathy and disease complications: an empirical study on primary care physicians and their diabetic patients in Parma, Italy. *Acad Med* 2012; 87: 1243-9.
8. Hojat M, Louis DZ, Markham FW, Wender R, Rabinowitz C, Gonnella JS. Physicians' Empathy and Clinical Outcomes for Diabetic Patients. *Acad Med* 2011; 86: 359-364.
9. Suchman AL, Markakis K, Beckman HB, Frankel R. A model of empathic communication in the medical interview. *JAMA* 1997; 277: 678-82.
10. Little P, Everitt H. Observational study of effect of patient centredness and positive approach on outcomes of general practice consultations. *BMJ.* 2001; 323: 908–911.
11. Rakel DP, Hoelt TJ, Barrett BP, Chewning BA, Craig BM, Niu M. Practitioner empathy and the duration of the common cold. *Fam Med.* 2009; 41: 494-501.
12. Bertakis KD, Roter D, Putnam SM. The relationship of physician medical interview style to patient satisfaction. *J Fam Pract* 1991:175-81.
13. Roter DL, Stewart M, Putnam SM, Lipkin M. Communication patterns of primary care physicians. *JAMA* 1997; 277: 350-6
14. Kim SS, Kaplowitz S, Johnston MV. The effects of physician empathy on patient satisfaction and compliance. *Eval Health Prof* 2004; 27: 237-51.
15. Robbins JA, Bertakis KD, Helms LJ, Azari R, Callahan EJ, Creten DA. The influence of physician practice behaviors on patient satisfaction. *Fam Med* 1993; 25:17-20.