



Gesundheit

26 „Mehr Zeit!“

Zusatzmaterialien

Livestream und Podcast: www.hr2-kultur.de

BHF  BANK STIFTUNG

Institut für
**Allgemein-
medizin**

Johann Wolfgang Goethe-Universität, Frankfurt am Main

*Schule &
Gesundheit*


HESSEN
 Hessisches
Kultusministerium

vhs 

hr2
kultur



Die folgenden Zusatzmaterialien sind:

1. Für **interessierte Hörerinnen und Hörer** als vertiefende Informationen zu den Themen der einzelnen Sendungen.

2. Für **Multiplikatoren/Lehrkräfte**. Sie finden bei jedem Zusatzmaterial einen **Bezug zum Manuskript** und der **Zeitmarkierung** (01:20 gelesen: Start der Sequenz bei 1 Minute 20 Sekunden), damit Sie direkt zum Thema im Beitrag gelangen können. Die Zugangsdaten für die Sendemanuskripte werden den Multiplikatoren per Mail mitgeteilt.

Die Materialien wurden zusammengetragen vom Institut für Allgemeinmedizin der Goethe-Universität Frankfurt am Main. Autor dieses Zusatzangebots ist Andreas Christian Dreher.

Die Materialien wurden zum Zugriffszeitpunkt 22.05.2014 erstellt.

Übersicht

1. Schlaganfall: time is brain
2. Kommunikation in der Medizin
3. Compliance
4. Anamnese
5. homöopathische Anamnese
6. Abnehmende Liegezeiten
7. Kommunikation im Medizinstudium
8. Honorierung von Arztgesprächen
9. Glossar
10. Interviewpartner

1. Schlaganfall: time is brain

Bezug Manuskript: S.3; Bezug Audio: 00:22

Manchmal muss es in der Medizin schnell gehen: bei einem Schlaganfall kommt es „schlag“artig zu einer Unterversorgung des Gehirns mit Blut. Hier zählt nun jede Minute, um die Blutversorgung des Gehirns wiederherzustellen, damit der Untergang von Gehirnzellen verhindert wird. Die Gehirn- bzw. Nervenzellen haben ohne Sauerstoffversorgung durch das Blut nur eine sehr geringe Überlebensdauer von Minuten. Es beginnt daher ein Wettlauf gegen die Zeit: je früher die Patienten behandelt werden, desto eher können Schäden



verhindert oder ihr Ausmaß verringert werden. Das in der Infarkttrandzone noch rettbar Gewebe wird Penumbra genannt. In diesem Zusammenhang wird in der Medizin von „time is brain“ (= Zeit ist Gehirn) gesprochen. Der Schlaganfall ist in Deutschland die häufigste Ursache für dauerhafte Pflegebedürftigkeit, da er oft zu schweren Behinderungen führt. Um die zeitnahe Versorgung von Schlaganfallpatienten zu verbessern, gibt es zum Beispiel in Berlin besondere Stroke-Einsatzmobile (*engl. stroke - Schlaganfall*). Bei Verdacht auf einen Schlaganfall wird das STEMO (Stroke-Einsatzmobil) losgeschickt. Es ist neben der normalen Rettungswagenausstattung mit den für die Schlaganfalldiagnostik benötigten Geräten (Bildgebung und Minilabor) ausgestattet. Zudem ist es telemedizinisch mit der dortigen Universitätsklinik zur Sicherung der Diagnose vernetzt. Beim Schlaganfall handelt es sich oft um einen Gefäßverschluss durch ein Blutgerinnsel, das durch Medikamentengabe aufgelöst werden kann. Er kann aber auch durch eine Hirnblutung aufgrund eines Gefäßeinrisses verursacht sein, was einer anderen Therapie bedarf. Im STEMO kann dies bereits im Rettungswagen diagnostiziert werden und im Falle eines Blutgerinnsels zeitnah mit der Auflösungstherapie (Lyse) begonnen werden, während beim normalen Rettungswagen diese Schritte erst mit der Ankunft im Krankenhaus geschehen. Beim Schlaganfall ist also die Zeit der entscheidende Faktor in der Therapie, da die Lyse umso erfolgreicher ist, je weniger Zeit zwischen dem Einsetzen der Symptome und dem Beginn der Therapie vergeht.

Quellen:

- "Time is brain – Zeit ist Gehirn. Er kommt meistens ohne Schmerzen daher: der Schlaganfall, Link: <http://www.deutsche-medizinerauskunft.de/index.php?id=758959>
- Artikel zum Weltschlaganfalltag, Link: <http://www.pharmazeutische-zeitung.de/index.php?id=49400>
- Schlaganfall: Früherer Lyse-Beginn durch Stroke-Einsatz-Mobil, Link: <https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/58424/Schlaganfall-Fruererer-Lyse-Beginn-durch-Stroke-Einsatz-Mobil>
- Stroke-Einsatz-Mobil – Beschleunigung der Rettungskette bei Schlaganfällen, Link: <http://tmcc.charite.de/forschung/projekte/stemo/>

2. Kommunikation

Bezug Manuskript: S.4; Bezug Audio: 03:15

Patienten werden schneller gesund, wenn sie Wertschätzung erfahren und im persönlichen, zugewandten Gespräch gut informiert werden. Der zunehmend informierte Patient möchte auch bei Entscheidungen bezüglich seiner Gesundheit mitreden. Kommunikation (*lat. communicatio - Mitteilung*) ist der Austausch von Informationen. Gerade in der Medizin, wo der Arzt Experte für die Krankheit und der Patient Experte seiner Wünsche und



Vorstellungen ist, nimmt die Kommunikation eine wichtige Rolle ein. Sie ist die Grundlage für Diagnostik und Therapie. Die Sprache ist hier das entscheidende Instrument des Arztes. Sie kann zur Anamnese, zur Aufklärung, zur Edukation als auch zur emotionalen Unterstützung des Patienten genutzt werden. Auf der anderen Seite muss der Arzt aber auch aktiv zuhören können und dem Patienten beispielsweise durch offene Fragestellungen zu Beginn eines Gespräches genügend Raum gewähren. In der medizinischen Kommunikationswissenschaft sind vier psychologische Modelle der Kommunikation besonders bedeutend:

Encoder / Decoder Modell

Der Psychologe Friedemann Schulz von Thun versteht in seinem Modell Kommunikation hauptsächlich als Austausch von Nachrichten. Diese Nachrichten sind mehr Ebenen als nur die blanke Information. Er unterscheidet vier Ebenen einer Nachricht, auf denen der Sender mit dem Empfänger Informationen austauscht: die Sachebene, die Appellebene, die Selbstoffenbarungsebene und die Beziehungsebene. Auf der Sachebene wird die zu übermittelnde Nachricht sprachlich verpackt. Mit der Appellebene versucht der Sender den Empfänger aufzufordern, sich in einer bestimmten Weise zu verhalten. Im Rahmen der Selbstoffenbarungsebene gibt der Sender dem Empfänger von sich selbst eine Botschaft. Auf der Beziehungsebene wird in der Nachricht symbolisiert, in welchem Verhältnis Sender und Empfänger zueinander stehen. Die Herausforderung stellt es dar, die Nachricht als Sender richtig zu verpacken (Enkodierung) und als Empfänger richtig aufzunehmen (Dekodierung). Dies funktioniert in der Realität nicht so einfach und führt somit zu einem besonderen besonderen Anspruch an das Arzt-Patienten-Gespräch.

Intentionale Kommunikationsmodelle

Der Philosoph Herbert Paul Grice formulierte für eine fruchtbare Kommunikation sogenannte Konversationsmaximen (Maxime = handlungsleitender Grundsatz), die sich auf die Intention (*lat. intentio - Absicht*) im Gespräch beziehen. Die Qualitätsmaxime stellt die Wahrheit und Ehrlichkeit der Information sicher. Durch die Quantitätsmaxime sollen nur die nötigen Informationen kommuniziert werden. Mit der Relevanzmaxime stellt er die Thementreue sicher. Zudem weist er mit der Klarheitsmaxime darauf hin, dass eine eindeutige Kommunikation Missverständnisse vermeidet.

Modelle der Perspektivenübernahme

Der Gesprächstherapeut Carl Rogers setzt in seinem Modell den Fokus auf das Hineinversetzen in die Situation des Gegenübers. Hierfür muss der Therapeut drei Eigenschaften mitbringen: Echtheit, Fähigkeit zu positiver Wertschätzung und Empathie (=einführendes Verstehen). Die Echtheit fordert den Therapeuten als Menschen, der auch seine eigenen Gefühle kommunizieren darf und nicht als neutrale Person diese ausklammert. Zudem muss der Therapeut dem Patienten eine positive Wertschätzung



entgegenbringen, damit sich dieser als Mensch wahr- und angenommen fühlt. Die Empathie bezeichnet gewissermaßen eine emotionale Perspektivenübernahme, wodurch der Therapeut die Situation des Patienten besser nachvollziehen kann.

Dialogmodelle

In diesen Modellen geht es um den kommunikativen Prozess selbst, der den Gesetzmäßigkeiten menschlicher Kommunikation unterworfen ist. Besonders berühmt ist der Grundsatz von Paul Watzlawick „Man kann nicht nicht-kommunizieren“. Mit diesem Axiom (= offensichtlicher, nicht zu beweisender Grundsatz) macht der Kommunikationswissenschaftler deutlich, dass wir auch ohne Sprache durch unsere Körperhaltung, Mimik und Gestik viele Botschaften aussenden. Fernab der Kommunikationsmodelle ist es in Zeiten neuer Kommunikationsmedien besonders interessant, wie sich die sozialen Netzwerke in Hinblick auf eine „Medizin 2.0“ entwickeln. In Sozialen Netzwerken tauschen sich bestimmte User-Gruppen (engl. user - Nutzer) untereinander aus. Ein neues Kommunikations- und Medizinmodell könnte hier zum Beispiel die sogenannte „network medicine“ sein, wo über das Online-Netzwerk direkt in das Krankheitsgeschehen eingegriffen werden kann.

Quellen:

- Patienten wollen mehr mitreden: Link: <http://www.aerzteblatt.de/nachrichten/55049/Patienten-wollen-mehr-mitreden>
- Wer wertschätzend kommuniziert hat mehr Erfolg, Link: <http://www.aerzteblatt.de/nachrichten/53833/Knigge-Wer-wertschaetzend-kommuniziert-hat-mehr-Erfolg>
- Was soziale Netzwerke im Gesundheitswesen leisten können, Link: <http://www.aerzteblatt.de/nachrichten/54888/Was-soziale-Netzwerke-im-Gesundheitswesen-leisten-koennen>
- Kommunikation (medizinische Psychologie), Link: <http://www.medpsych.uni-freiburg.de/skripts/kommunikation.pdf>

3. Compliance

Bezug Manuskript: S.4; Bezug Audio: 01:42

Studien zufolge führt eine schlechte Kommunikation in der Arzt-Patienten-Beziehung zu einer geringeren Therapietreue (Compliance) durch den Patienten. Im Extremfall kommt es zur Nichteinhaltung der Therapie, der sogenannten Non-Compliance. Dies führt zu schlechteren Behandlungsergebnissen für den Patienten, zu Unzufriedenheit über den



Therapieerfolg für den Arzt und einer erheblichen Belastung unserer Gesundheitssysteme. Die Weltgesundheitsorganisation WHO (World Health Organization) definiert fünf Ebenen der Compliance, die miteinander verknüpft sind:

- sozio-ökonomische Ebene
- patientenabhängige Ebene
- krankheitsbedingte Ebene
- therapiebedingte Ebene
- gesundheitssystem-und therapeutenabhängige Ebene.

Gerade auf der Ebene von Gesundheitssystem und Therapeut spielt die Kommunikation eine wichtige Rolle. So fördert ein qualitativ hochwertiges Arzt-Patienten-Gespräch mit einem dem Beratungsanlass angemessenen Zeitrahmen sowohl Therapieverständnis als auch die Compliance. Ein Gesundheitssystem, das die sprechende Medizin adäquat vergütet, setzt entsprechende Anreize für die sprechende Medizin in der Praxis. Das Arzt-Patienten-Gespräch ist vor allem in Hinblick auf die Compliance allerdings nicht als Monolog des Arztes zu verstehen: ein Großteil der Patienten wünscht sich bei wichtigen Entscheidungen eine partizipative Entscheidungsfindung (PEF). Hier klärt der Arzt neutral über die Therapieoptionen auf und der Patient bringt seine eigenen Wünsche und Erwartungen an die Therapie in das Gespräch ein. In einem Interaktionsprozess wird dann eine gemeinsam verantwortete Entscheidung getroffen. Da der Patient aktiv bei der Entscheidungsfindung mitgewirkt hat, ist die Wahrscheinlichkeit größer, den gemeinsam vereinbarten Therapieplan einzuhalten. Wenn Ärzte und Patienten gemeinsam über die Behandlungsstrategie entscheiden, kostet dies natürlich mehr Zeit. Zwei-Drittel der Patienten wünschen in aktuellen Studienergebnissen eine solche Beteiligung. Die „Compliance“ ist der in der Medizin gebräuchliche Begriff. In den letzten Jahren werden jedoch zunehmend auch die Begriffe „Adhärenz“ oder „Concordance“ verwendet. Es wird kritisiert, dass der Begriff „Compliance“ die Verantwortung auf den Patienten abwälze. Sie sei gleichbedeutend mit der „Gehorsamkeit des Patienten“ in Bezug auf ärztliche Anordnungen und habe einen paternalistischen Beigeschmack. Im sogenannten parternalistischen Modell trifft der Arzt alleine die Entscheidung. Ein gemeinsam getragenen Betreuungskonzept im Sinne der PEF mündet hingegen in Konkordanz (Concordance) zwischen Patient und Arzt.

Quellen:

- Zeyfang, Hagg-Grün, Nikolaus: Basiswissen Medizin des Alterns und des alten Menschen (2012). Springer, Berlin, 2. überarb. Aufl.
- Faller & Lang: Medizinische Psychologie und Soziologie (2010). Springer, Heidelberg, 3. Aufl.
- Kochen: Duale Reihe Allgemeinmedizin und Familienmedizin (2012). Thieme (Verlag), 4. vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage
- Wikipedia „Compliance“, Link: [http://de.wikipedia.org/wiki/Compliance_\(Medizin\)](http://de.wikipedia.org/wiki/Compliance_(Medizin))



4. Anamnese

Bezug Manuskript: S.10; Bezug Audio: 13:08

Die Anamnese (altgr. anamnesis - Erinnerung) ist das ärztliche Gespräch mit dem Patienten, in dem der Arzt den Patienten kennenlernt und seine Krankheitsgeschichte und aktuelle Symptome herausarbeitet. Man geht auf medizinischer Seite davon aus, dass allein durch die Anamnese 70-80% der Diagnosen in der Allgemeinpraxis gestellt werden können, wodurch sie einen hohen Stellenwert einnimmt. Sie umfasst mannigfaltige Bereiche des Patienten, damit sich der Arzt für die Diagnosefindung ein möglichst vollinhaltliches Bild vom Patienten machen kann. In der aktuellen Anamnese wird der Beratungsanlass erhoben, der den Patienten zum Arzt geführt hat. Hier werden die Symptome erfragt, die beim Patienten aufgetreten sind.

Die Krankheitsanamnese bildet die bisherigen Erkrankungen des Patienten ab. Das Wissen um chronische Erkrankungen, wie zum Beispiel Asthma, ist für weitere Therapieentscheidungen und zur differentialdiagnostischen Einordnung geschilderter Symptome wichtig. Zudem werden Operationen und Krankenhausaufenthalte erfragt. Des Weiteren sind besondere Veranlagungen, wie Allergien, von Bedeutung. Im Rahmen der vegetativen Anamnese werden die verschiedenen Körperfunktionen, wie Wasserlassen oder Stuhlgang, erfragt. Den Arzt interessieren zudem die Schlafgewohnheiten („Können Sie durchschlafen?“), als auch der Appetit des Patienten. Im Rahmen der Begleitsymptomatik von Erkrankungen kann es hier zu einem Ungleichgewicht kommen.

In der Familienanamnese werden in der Familie bekannte Erkrankungen zusammengetragen. Da sich die Disposition (Veranlagung) für manche Krankheiten vererbt, geben diese Informationen oft wichtige Hinweise. Ein bekanntes Beispiel ist der hereditäre (erbliche) Brustkrebs. Die Sozialanamnese beschäftigt sich mit den Lebensverhältnissen des Patienten, wie zum Beispiel Arbeit und Partnerschaft. Hier kann es dann und wann zu Stress oder Konflikten kommen, die bei der Entstehung von Krankheit eine entscheidende Rolle spielen. Zudem kann der Arzt gerade bei älteren Patienten den sozialen Rückhalt bei der Bewältigung einer Erkrankung in Erfahrung bringen und gegebenenfalls in der Therapie auf andere Ressourcen, wie z.B. die Sozialstation für ambulante Pflege, zurückgreifen. Im Rahmen der Entwicklungsanamnese wird die lebensgeschichtliche Entwicklung besprochen. Dies ist zum Beispiel bei belastenden Lebensereignissen relevant, die einer Erkrankung vorausgehen können.

Mit der Medikamentenanamnese kann sich der Arzt einen Überblick machen, ob und wenn ja, welche Medikamente der Patient einnimmt. Gerade multimorbide Patienten (= Patienten mit mehreren Krankheiten) nehmen eine Vielzahl von Medikamenten ein, die in Hinblick auf Nebenwirkungen und Interaktionen wichtig für weitere Therapieentscheidungen sind. Auch die nicht-verschreibungspflichtigen OTC-Medikamente (engl. over the counter - über die Ladentheke verkauft) sind hier zu nennen, da auch die pflanzliche Arznei aus dem



Drogeriemarkt mit anderen Arzneien Wechselwirkungen provozieren kann. Sie sollten daher auch vom Patienten dem Arzt offen und ehrlich genannt werden. Im Rahmen der Medikamentenanamnese kommen oft vom Patienten vergessene Krankheiten zu Tage: so wird beispielsweise der medikamentös gut eingestellte Bluthochdruck vom Patienten nicht mehr als Krankheit empfunden.

In der Genussmittelanamnese spricht der Patient nach Möglichkeit ehrlich über den Konsum von Nikotin, Alkohol und illegale Substanzen. Sowohl Rauchen als auch übermäßiger Alkoholkonsum sind mit einer erheblichen gesundheitlichen Belastung und einem Suchtpotential vergesellschaftet und sollten daher Bestandteil des Arzt-Patienten-Gesprächs sein.

Die Sexualanamnese ist ein sehr vertrauensvolles Thema. Bei der Diagnostik und Prävention sexuell übertragbarer Krankheiten kann die Kenntnis des Sexualverhaltens des Patienten wegweisend sein. Im Rahmen einer erektilen Dysfunktion ist das offene Gespräch mit dem Arzt die Basis in Hinblick auf die Wiedererlangung eines glücklichen Liebeslebens.

Durch eine Reiseanamnese kann differentialdiagnostisch der Fokus erweitert werden. So muss nach einem Urlaub im tropischen Regenwald an Tropenerkrankungen gedacht werden. Vor Antritt einer Reise kann eine Impfanamnese hilfreich sein, um entsprechende Auffrischungsimpfungen oder für das Reiseland erforderliche Impfungen durchzuführen.

Im Sinne eines biopsychosozialen Krankheitsverständnisses werden diese Bereiche in der Anamnese abgedeckt. Im Praxisalltag werden oft nicht alle Bereiche aus Zeitgründen beleuchtet, hier muss sich der Arzt in Form einer fokussierten Anamnese gezielt auf die für die aktuelle Symptomatik entscheidenden Bereiche konzentrieren. Die Anamnese kann durch die Befragung des Patienten (Eigenanamnese) oder über eine andere Person (Fremdanamnese) erfolgen. Das Anamnesegespräch hat aber nicht nur eine diagnostische Funktion. Die Diagnosestellung ist therapierelevant, weil sie erst eine adäquate Therapie ermöglicht. Zudem hat das Gespräch einen direkten entlastenden Effekt: der Patient hat dem Arzt alles gesagt, fühlt sich verstanden und weiß nun im besten Fall, woran er leidet.

Quellen:

- Anamnese (Allgemeinmedizin Heidelberg), Link: http://www.klinikum.uni-heidelberg.de/fileadmin/medizinische_klinik/Abteilung_2/Sektion_Allgemeinmedizin/pdf/fohlen/A2_Anamnese_06_07.pdf
- Anamnese (Innere Medizin Tübingen), Link: https://www.medin.uni-tuebingen.de/uktmedia/EINRICHTUNGEN/Kliniken/Medizinische+Klinik/Innere+Medizin+IV/PDF_Archiv/Anamnese.pdf
- Faller & Lang: Medizinische Psychologie und Soziologie (2010). Springer, Heidelberg, 3. Aufl.



- Fießl & Middeke: Duale Reihe Anamnese und Klinische Untersuchung (2010). Thieme (Verlag), 4. überarbeitete und erweiterte Auflage

5. Homöopathische Anamnese

Bezug Manuskript: S. 10; Bezug Audio: 13:45

Die homöopathische Anamnese unterscheidet sich hauptsächlich in zwei Punkten von der gängigen Anamnese der Schulmedizin: zum einen wird für die homöopathische Erstanamnese ein größerer Zeitrahmen von meist zwei Stunden veranschlagt und zum anderen werden Sachverhalte erfragt, die nach aktuellem Stand der Wissenschaft unerheblich sind. So wird beispielsweise zusätzlich erfragt, wie der Patient auf Nordwind und wie er auf Südwind reagiere oder gegen welche Speisen oder Getränke er eine besondere Abneigung habe. Solche zusätzlichen Fragen sind in der Homöopathie unter anderem für die Repertorisierung nötig. Hierunter versteht man den Prozess, das homöopathische Mittel herauszufinden, bei dem die am gesunden Menschen beobachteten Symptome möglichst mit denen aus der Krankheitsanamnese übereinstimmen. Dies ist wichtig, da man in der Homöopathie vom Simile-Prinzip (lat. simile - ähnlich) ausgeht: „Ähnliches möge mit Ähnlichem geheilt werden“. Das passende Heilmittel für ein bestimmtes Leiden ist jenes, welches in höherer Dosis beim gesunden Patienten die Symptome dieses Leidens hervorruft. Die Homöopathie geht auf die Lehre von Samuel Hahnemann zurück. Dieser hatte dieses Prinzip entdeckt, als er im Selbstversuch bei der Einnahme von Chinarinde, welche damals zur Behandlung der Malaria verwandt wurde, malariaartige Fieberzustände an sich feststellte. Diese Beobachtung ging als „Chinarinden-Versuch“ in die Geschichte ein. Ein weiteres Prinzip in der Homöopathie ist das Potenzierungsprinzip. Hier wird eine sogenannte „Urtinktur“ in einem Verdünnungsprozess in ihrer Wirksamkeit potenziert. Beispielsweise haben wir bei der Potenzierung D30 eine Verdünnung von 1 : 1 Quintillion (10^{30}), die Homöopathie spricht von einem Tropfen Urtinktur auf 50 Erdvolumen. Auch wenn die Homöopathie wissenschaftlich sehr umstritten ist, kann die homöopathische Anamnese in Hinblick auf den Zeitrahmen einen Impuls für das schulmedizinische Arzt-Patienten-Gespräch geben.

Quellen:

- Wikipedia „Homöopathie“ und „homöopathische Anamnese“, Link: <http://de.wikipedia.org/wiki/Hom%C3%B6opathie>
- Wikipedia „Repertorium“, Link: <http://de.wikipedia.org/wiki/Repertorium>
- Heilung nach dem Ähnlichkeitsprinzip, Link: <http://www.sueddeutsche.de/wissen/teil-homoeopathie-heilung-nach-dem-aehnlichkeitsprinzip-1.923310>
- Homöopathie auf der Suche nach dem Nichts, Link:



<http://www.sueddeutsche.de/wissen/homoeopathie-auf-der-suche-nach-dem-nichts-1.1860104>

6. Abnehmende Liegezeiten

Bezug Manuskript: S.3; Bezug Audio: 00:43

2003 wurden das System der Diagnosis Related Groups (DRG = Diagnosebezogene Fallgruppen) eingeführt. Hier rechnet das Krankenhaus Fallpauschalen für die Therapie eines bestimmten Krankheitsfalles ab. Die Kliniken werden hierdurch dazu angehalten effizienter zu arbeiten, denn sie bekommen nicht mehr Geld, wenn Patienten länger in der Klinik liegen. Früher konnten die Krankenhäuser die Dauer der Liegezeit abrechnen, was mit einer künstlichen Verlängerung des Krankenhausaufenthaltes einherging. Im Jahr 2010 wurde in einer Studie nachgewiesen, dass die ökonomische Orientierung im Gesundheitswesen die Versorgungsqualität nicht verschlechtert hat. In letzter Zeit wird jedoch zunehmend von „blutigen Entlassungen“ berichtet. Hierunter versteht man die vorzeitige Entlassung des Patienten zur wirtschaftlichen Gewinnmaximierung, obwohl dessen Gesundheitszustand eine ambulante Weiterversorgung noch nicht zugelassen hätte. Im Angelsächsischen wird dies mit „quicker and sicker“ (=schneller und kränker) betitelt. Da die Töpfe im Gesundheitssystem nicht unendlich gefüllt sind, ist es dem System entsprechend, Ärzte zu einem ökonomisch verantwortlichen Handeln anzuhalten. Dies muss nicht bedeuten, dass der Arzt nach dem wirtschaftlichen Bild des *homo oeconomicus* als *Dr. Oeconomicus* vor lauter Gewinnmaximierung das Wohl der Patienten aus dem Blick verliert. Das DRG-System macht aber eines deutlich: Zeit wird immer wertvoller und knapper in der Medizin, obwohl sie für den Heilungsprozess wichtig ist.

Quellen:

- Gesundheitswesen: Gute Besserung?, Link: <http://www.zeit.de/2012/21/Klinik-Gesundheit>
- Auswirkung der DRG-Einführung: Die Qualität hat nicht gelitten, Link: <http://www.aerzteblatt.de/archiv/67293/Auswirkungen-der-DRG-Einfuehrung-Die-Qualitaet-hat-nicht-gelitten>
- 10 Jahre Krankenhausreform: Dr. Oeconomicus am OP-Tisch: <http://www.cicero.de/kapital/zehn-jahre-krankenhaus-reform-drg-fallpauschalen-dr-oeconomicus-am-op-tisch/53983>
- Angst vor blutiger Entlassung, Link: <http://www.manager-magazin.de/unternehmen/artikel/a-262793.html>



7. Kommunikation im Medizinstudium

Bezug Manuskript: S. 14; Bezug Audio: 21:47

Arzt ist ein sprechender Beruf - dennoch wird diese Fähigkeit im Medizinstudium bisher entgegen ihrem späteren Gewicht in der Berufspraxis überraschend wenig vermittelt. Ein Arzt muss sowohl dem Patienten zuhören können, als auch auf einer verständlichen Ebene ohne viele Fachwörter medizinische Sachverhalte und Zusammenhänge erklären können. Zudem muss ein Arzt auch sehr schlechte Nachrichten, wie eine Krebsdiagnose dem Patienten oder einen Todesfall den Angehörigen, mit Feingefühl übermitteln können - alles Dinge, die Bestandteil des Medizinstudiums sein sollten. Aktuell wird von Vertretern der medizinischen Fakultäten ein Lehrplan (Curriculum) entwickelt, welche Inhalte im Bereich der Kommunikation im Medizinstudium den Studierenden beigebracht werden sollen. Hiermit will man sicherstellen, dass alle Studierenden in der ärztlichen Gesprächsführung ausgebildet und geprüft werden. Zudem macht auch das neue Patientenrechtegesetz mit der Verankerung der Aufklärungspflicht die zunehmende Bedeutung und Notwendigkeit der Kommunikation deutlich. An einigen Universitäten werden Kurse in ärztlicher Gesprächsführung bereits angeboten. So ist an der Universität Frankfurt ein strukturierter Anamnesekurs mit Schauspielpatienten Bestandteil des vorklinischen Studienabschnitts. Den Lernerfolg in ärztlicher Gesprächsführung prüft die Universität Düsseldorf mit einer praktischen Prüfung. In einer sogenannten OSCE-Prüfung (Objective Structured Clinical Examination) werden die Studierenden im Gespräch mit einem Schauspielpatienten anhand einheitlicher Bewertungsbögen geprüft. Einige Experten sprechen sich für ein durchgängiges Kommunikationscurriculum im Medizinstudium ab dem ersten Semester aus. An vielen Universitäten sind nämlich die ersten zwei Jahre des Studiums (Vorklinik) bis zur 1. Ärztlichen Prüfung ohne Patientenkontakt und somit ohne Training kommunikativer Fähigkeiten. Eine verbesserte Kommunikationskompetenz führt in verschiedenen Bereichen zu positiven Effekten. Der Patient fühlt sich durch den Arzt verstanden und weiß z. B., warum und wie er seine Medikamente einnehmen soll. Die damit verbundene erhöhte Compliance führt zu einem besseren Therapieerfolg, die Gesundheitssysteme werden weniger belastet und der Arzt ist mit seiner Arbeit zufriedener. Um diese Effekte sicherzustellen, bedarf es einer strukturierten und flächendeckenden Ausbildung in ärztlicher Gesprächsführung.

Quellen:

- neues Curriculum soll Arzt-Patienten-Kommunikation verbessern, Link: <http://www.aerzteblatt.de/nachrichten/53664/Neues-Curriculum-soll-Arzt-Patienten-Kommunikation-verbessern>
- Wahrheit am Patientenbett, Link: <http://www.aerzteblatt.de/archiv/153480>
- CoMeD Düsseldorf, Link: <http://www.comed-duesseldorf.de/index.php?id=5>



8. Honorierung von Arztgesprächen

Bezug Manuskript: S. 15; Bezug Audio: 22:30

Zeit besser bezahlen - im Oktober 2013 ist der neue Einheitliche Bewertungsmaßstab (EBM) in Kraft getreten. Dies ist die Gebührenordnung der gesetzlichen Krankenversicherung. Ziel des neuen EBM sei die sprechende Medizin zu stärken und die Honorierung des Hausarztes zu verbessern. Der EBM wird von Vertretern des Spitzenverbandes der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Spitzenverband) und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) beschlossen. Die Höhe der Vergütung des ärztlichen Gespräches lässt zumindest in Hinblick auf die Schweiz und Norwegen einen statistischen Zusammenhang mit der Länge des ärztlichen Gespräches und der Vergütung zu. In Deutschland sei durch den hohen Grad der Pauschalisierung eine adäquate Vergütung in der hausärztlichen Versorgung kaum mehr möglich gewesen. Mit dem neuen EBM können nun wieder bestimmte Gesprächsleistungen als Einzelleistungen abgerechnet werden. In Zahlen bedeutet dies, dass ausführliche Gespräche über 10 Minuten nun mit 9 Euro abgerechnet werden können. Die Abrechnung erfolgt in Ziffern und somit spricht man von der „Gesprächsziffer“. Allerdings kann diese Ziffer keineswegs für jedes hausärztliche Gespräch abgerechnet werden: so muss es sich um ein problemorientiertes Gespräch im Zusammenhang mit einer „lebensverändernden Krankheit“ handeln. Die Abrechnung wird über die vom EBM vorgeschriebenen Mindestzeiten durch die Gesamtheit erbrachter zeitkritischer Leistungen auf Plausibilität überprüft, um die Abrechnung nichterbrachter Leistungen zu verhindern. Auch wenn der neue EBM mit seinen neuen Pauschalen das Arzt-Patienten-Gespräch im Vergleich zu den Vorjahren aufwertet, ist die Abrechnung technisch-apparativer Diagnostik weiterhin finanziell interessanter als die sprechende Medizin.

Quellen:

- Neuer Hausärzte-EBM, Link: <http://www.aerzteblatt.de/nachrichten/54966/Neuer-Hausaerzte-EBM-Aenderungen-zum-Oktober-sind-beschlossen>
- Arzt-Patienten-Gespräch wird aufgewertet, Link: <http://www.spiegel.de/gesundheit/diagnose/hausarzte-aerzte-koennen-gespraech-mit-patienten-abrechnen-a-908475.html>
- Die Gesprächszifferfalle, Link: <http://www.allgemeinarzt-online.de/unternehmen-arztpraxis/a/1590878>
- Wikipedia „Einheitlicher Bewertungsmaßstab“ (EBM), Link: http://de.wikipedia.org/wiki/Einheitlicher_Bewertungsmaßstab



9. Glossar

Mind-Body-Medizin

Bezug Manuskript: S. 12; Bezug Audio: 16:29

Die Mind-Body-Medizin beschäftigt sich mit dem Bewusstsein (*mind*) über den Körper (*body*). Der Mensch achtet mehr auf seinen Körper und hierdurch stabilisiert sich die Selbstregulation des Menschen, was sich positiv auf den Behandlungserfolg auswirken kann. Zudem beschäftigt sich die Mind-Body-Medizin mit den Themen Bewegung, Ernährung, Entspannung und Stressvermeidung.

Quellen:

- Mind-Body-Medizin: zwischen Geist und Körper, Link: <http://www.welt.de/gesundheit/article13782593/Mind-Body-Medizin-zwischen-Geist-und-Koerper.html>
- Mind-Body-Medizin (University of Maryland), Link: <http://umm.edu/health/medical/altmed/treatment/mindbody-medicine>

Placebo-Effekt

Bezug Manuskript: S. 4; Bezug Audio: 02:41

Durch die Gabe einer Scheintherapie (*Placebo - lat. ich werde gefallen*) wird, gemessen in subjektiven und objektiven Parametern, ein Behandlungserfolg erzielt, der allerdings nicht auf der spezifischen Wirkung der Therapie beruht. Oft kann dieser Effekt auf kontextbezogene oder psychosoziale Faktoren zurückgeführt werden.

Quellen:

- Placebo (Wikipedia), Link: <http://en.wikipedia.org/wiki/Placebo>
- Placebo-Wirkung: So unterstützen positive Gedanken unseren Körper, Link: <http://www.spiegel.de/gesundheit/psychologie/placebo-gedanken-haben-einen-starken-einfluss-auf-die-gesundheit-a-938660.html>



Praxisgebühr

Bezug Manuskript: S. 7; Bezug Audio: 07:58

Zwischen den Jahren 2004-2012 erhobene Gebühr über 10 Euro beim Arzt, Zahnarzt oder Psychotherapeuten für Kassenpatienten. Sie wurde bei einer medizinischen Konsultation einmal im Quartal (=Vierteljahr) erhoben. Sie kam den Krankenkassen ohne Abzug einer Verwaltungspauschale für die Praxen zugute. Hiermit wollte man unter anderem unnötige Arztbesuche eindämmen, allerdings wurde sie auch als Hindernis für die Wahrnehmung von Gesundheitsvorsorgeuntersuchungen kritisiert.

Quellen:

- Praxisgebühr (Wikipedia), Link: <http://de.wikipedia.org/wiki/Praxisgebühr>
- Ohne Praxisgebühr gehen mehr Patienten zum Zahnarzt, Link: <http://www.spiegel.de/gesundheit/diagnose/mehr-patienten-beim-zahnarzt-nachende-der-praxisgebuehr-a-931777.html>

10. Interviewpartner

Dipl. Päd. Monika Sennekamp, Leiterin des Arbeitsbereichs Weiterbildung und des Promotionskollegs am Institut für Allgemeinmedizin Frankfurt.
Forschungsschwerpunkt: Kommunikation in der Medizin (KoMed).

Quellen:

- http://www.allgemeinmedizin.uni-frankfurt.de/team/mit_sennekamp.html

Dr. med. Hermann, wissenschaftlicher Mitarbeiter am Institut für Allgemeinmedizin Magdeburg. Leiter des DFG-geförderten Forschungsprojektes: „Subjektive Patientenkonzepte zur Inanspruchnahme hausärztlicher Versorgung - eine qualitative Vergleichsstudie zwischen Deutschland und Norwegen“.

Quellen:

- http://www.ialm.ovgu.de/Team/Dr_+med_+Wolfram+Herrmann_+MHE.html



Dr. med. Hontschik, niedergelassener Facharzt für Chirurgie. Herausgeber der Buchreihe „medizinHuman“ (Suhrkamp).

Quellen:

- <http://www.hontschik.de/chirurg/>

Cornelia Baijic, niedergelassene Privatärztin mit den Schwerpunkten Homöopathie und Psychotherapie. Vorsitzende des Deutschen Zentralverbandes homöopathischer Ärzte.

Quellen:

- <http://www.arztpraxis-bajic.de>

Dr. rer. medic. Anna Paul, leiterin Ordnungstherapie, Mind/Body Medicine, Arbeitsgruppe Prävention & Gesundheitsförderung Innere V, Naturheilkunde und Integrative Medizin Kliniken Essen-Mitte, Knappschafts-Krankenhaus, Essen.

Quellen:

- <https://www.uni-due.de/naturheilkunde/67-0-Vitae-Anna-Paul.html>