

# Die mündlich-praktische Prüfung FMH Facharzt Allgemeinmedizin

## Eine Standortbestimmung: 1. Teil

Michael Peltenburg

Seit 1997 führt die Schweizerische Gesellschaft für Allgemeinmedizin eine zweiteilige Facharztprüfung durch. Im ersten schriftlich-theoretischen Teil wird praxisrelevantes Wissen geprüft [1], im zweiten mündlich-praktischen Teil wird anhand eines Prüfungsprotokolls beobachtet, wie zukünftige Hausärztinnen und Hausärzte Patienten begegnen und anstehende Probleme, die sich in der Konsultation entwickeln, mit den Patienten angehen [2]. Dieser Artikel beschreibt die mündlich-praktische Prüfung, zuerst ihren Prüfungsinhalt, dann die Prüfungsform und deren praktischen Ablauf. Im Folgeartikel im nächsten Heft werden die Rückmeldungen der Kandidaten zu dieser Prüfungsform wiedergegeben.

### Prüfungsinhalt

Prüfungsinhalt ist die Patient-Arzt-Kommunikation in der Sprechstunde, das Kernelement einer ganzheitlichen bio-psycho-sozialen Medizin. In der Literatur werden verschiedene Kommunikations- und *Entscheidungsmodelle* [3] beschrieben: Das paternalistische, das informierte und das partnerschaftliche werden unterschieden. In der heutigen gesellschaftspolitischen Diskussion wird – wenn immer möglich – das partnerschaftliche favorisiert.

Die *Funktion der Konsultation* ist dreifach [4]:

- Information sammeln,
- eine Beziehung zum Patienten aufbauen und
- den Patienten therapeutisch beeinflussen.

Diese Funktionen setzen bestimmte Fertigkeiten voraus, die im Laufe der Ausbildung und Weiterbildung erlernt werden können.

Der *Inhalt der Konsultation* ergibt sich bei jeder Konsultation neu. Patient wie Arzt formulieren ihre Anliegen und Konsultationsanlässe, lassen Raum für im Laufe der Konsultation sich ergebende neue Themen und verhandeln, welche Themen heute, welche in

einer Folgekonsultation entwickelt werden müssen.

Dieser Inhalt wird mehr oder weniger von Arzt und Patient anhaltend abgeglichen. *Drei unterschiedliche Perspektiven* einer Konsultation sind Mitursache unzähliger Missverständnisse:

- *Die Sicht des Patienten* oder die «Agenda» des Patienten. Dabei geht es einerseits um den deklarierten, andererseits um den «verborgenen» Konsultationsanlass, das Krankheitsverständnis und die Vorstellungen, Bedenken, Erwartungen, Gefühle und Ängste des Patienten.
- *Die Sicht des Arztes*. Sie kommt in der biomedizinischen Sprache, der klinischen Anamnese, der körperlichen Untersuchung und dem Angebot von Abklärungs- und Behandlungsoptionen zum Ausdruck.
- *Der Verhandlungsprozess*. Er bildet die Grundlage für eine gemeinsame Wirklichkeit, die von Arzt und Patient in der Konsultation geschaffen wird.

### Der Prozess der Konsultation

Das Prüfungsprotokoll bildet den Konsultationsprozess ab und stellt die Grundlage für die praktisch-mündliche Facharztprüfung der SGAM dar. Roger Neighbour [5] hat in seinem sehr empfehlenswerten Buch den Konsultationsprozess in fünf Phasen eingeteilt:

#### *Kontakt herstellen*

Der Kontakt wird mit dem Patienten zu Beginn und während der Sprechstunde weitgehend a verbal aufgebaut, abgestimmt und erhalten. Die Begrüssung und Sich-Vorstellen, adäquate Körperhaltung, Ausdruck von urteilsfreiem Interesse und Respekt sind nur einzelne von vielen Elementen.

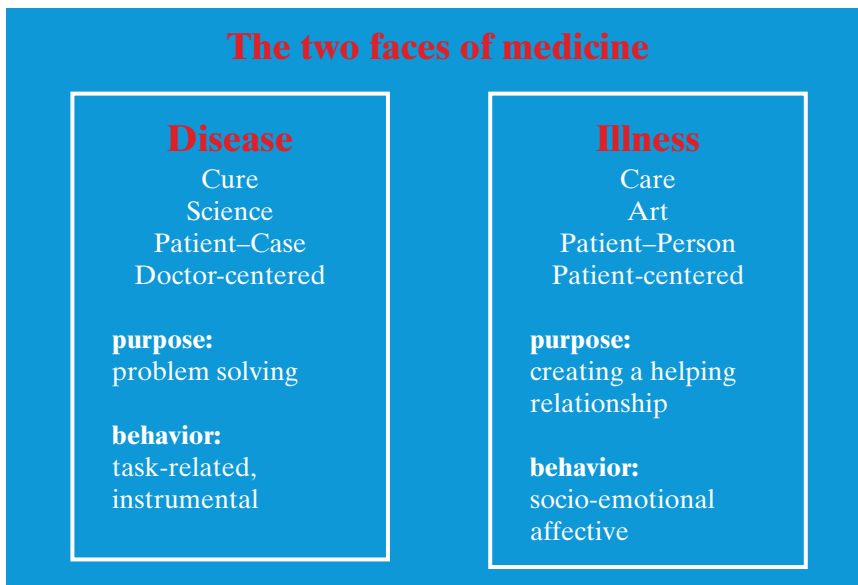
#### *Krankheitserlebnis zusammenfassen*

Die «Geschichte des Patienten» – «the patient's story or narrative». Der Arzt exploriert die Gründe des Arztbesuches und die Vorstellungen, Erwartungen, Gefühle und Ängste des Patienten.

In dieser Phase hört der Arzt aktiv zu, bringt sich selbst möglichst wenig ein und lässt den Patienten Richtung, Tempo und Intensität festlegen. Der Arzt lässt den Patienten die Prioritäten festlegen, sollten mehrere

Der 2. Teil erscheint im Heft 14 von Primary Care.

Korrespondenz:  
Dr. Michael Peltenburg  
Verantwortlicher mündlich-praktische Prüfung FMH Allgemeinmedizin  
Horten Zentrum für praxisorientierte Forschung und Wissenstransfer  
Universität Zürich  
CH-8091 Zürich  
Michael.Peltenburg@evimed.ch



**Abbildung 1.** Zwei Gesichter der Medizin. Der Hausarzt steht mitten im Spannungsfeld der zwei Gesichter der Medizin – zwischen «task-related» und «socio-emotional behavior».

Konsultationsgründe vorliegen. Der Patient kann zu verstehen geben, dass er das Bild, das sich der Arzt von seinem Krankheitserlebnis macht, teilen kann.

*Verantwortung teilen*

Der Arzt ist medizinischer Experte und informiert den Patienten über seine Befunde, ihren Zusammenhang zum Konsultationsanlass, notwendige Abklärungsschritte, mögliche Folgen und über verschiedene Behandlungsmöglichkeiten. Der Patient ist Experte seiner Werte, Risikobereitschaft und Gesundheitseinstellung. Erst der Dialog unter Experten ermöglicht einen partnerschaftlichen Verhandlungsprozess, in dem Patient und Arzt den Lösungs- und Behandlungsvorschlag, den sie gemeinsam erarbeiten, akzeptieren können.

*Sicherheitsnetz spannen*

Der Arzt und der Patient einigen sich über zukünftige Schritte: Notwendigkeit und Zeitpunkt einer Folgekonsultation; Besprechung allfälliger Massnahmen, die der Patient treffen kann, sollte sich der weitere Verlauf der Beschwerden nicht so entwickeln, wie während der Sprechstunde angenommen wurde, und allfällige Kontakte zu weiteren Sozial- und Gesundheitsdiensten.

*Housekeeping*

Ärztinnen und Ärzte lernen im Laufe ihrer Praxis oft erst spät Formen mentaler Hygiene kennen, die es ihnen erlauben, die tägliche enorme Belastung mit Leichtigkeit zu tragen, ohne ihre Nächsten zu vernachlässigen, das Interesse an ihren Patienten zu verlieren oder einem Burnout zu erliegen.

**Intensität des Engagements**

In der täglichen Arbeit des Hausarztes wechselt die Intensität des Engagements je nach Situation des Patienten, der eigenen momentanen Verfassung und Grenzen des Arztes oder je nach Kontext. Die Intensität des Engagements kann in Stufen beschrieben werden, die einander voraussetzen [6]:

- Arzt-zentrierte medizinische Anliegen (Fakten);
- kollaborative medizinische Anliegen (Verschreibungen: Diät, Medikation etc.);
- psychosoziale, präventivmedizinische Beratung (Rat);
- Umgang mit Emotionen (PERLS, NURSE);
- Patienten-zentrierte präventivmedizinische und psychosoziale Beratung (FRAMES).

**Erforderliche Fertigkeiten**

Der Arzt benötigt unterschiedliche kommunikative Fertigkeiten, die den Funktionen zugeteilt werden können: Beziehung aufbauen, Daten erfassen und Patienten beeinflussen.

*Beziehung aufbauen – Relationship skills*

Die folgenden Akronyme sind hilfreich, um sich in einem Dialog zu vergegenwärtigen, was man im Moment macht. (Sehr gute Beschreibung in HIV-Beratung der FMH/BAG [7, 8]).

Sozialer Umgang – PERLS

- Partnerschaft  
«bedeutet, dass der Arzt durch seine Haltung und durch den Beratungsablauf zu verstehen gibt, dass er die Massnahmen zur Lösung der Probleme und Anliegen des Patienten gemeinsam mit diesem planen, entscheiden und kontrollieren will».
- Empathie  
«vermitteln heisst, die im Gespräch beim Patienten beobachteten Emotionen ansprechen».

- *Respekt*  
«heisst, die Anstrengungen des Patienten, sein Problem aktiv anzugehen, ausdrücklich anzuerkennen».
- *Legitimierung*  
«heisst, dass der Arzt die Gefühle des Patienten als verständlich und einfühlbar annimmt».
- *Support*  
«heisst Unterstützung anzubieten und zu geben».

Der Umgang mit Emotionen fällt jüngeren Kollegen häufig nicht leicht. Wichtigstes Gebot ist warten, warten und noch einmal warten. Ausharren und keine Lösungen anbieten ist schwierig.

Umgang mit Emotionen – NURSE [9]

- *Name* – Emotion ansprechen;
- *Understand* – Verständnis ausdrücken;
- *Respect* – Anstrengungen des Patienten, sein Problem aktiv anzugehen, ausdrücklich anerkennen, aber auch den Willen des Patienten respektieren, auf die Emotion weiter einzugehen oder nicht;
- *Support* – dem Patienten Unterstützung anbieten;
- *Empathie* – Empathie ausdrücken.

*Daten sammeln* – «*data gathering skills*»

Unter Daten sammeln verstehen wir die Exploration der Gründe des Arztbesuches und die Geschichte des Patienten – «*the patient's story*», die Vorstellungen, Erwartungen, Gefühle und Ängste wie auch sein Krankheitsverständnis einschliessen.

In der ersten Phase hört der Arzt aktiv zu, bringt sich selbst möglichst wenig ein und lässt den Patienten Richtung, Tempo und Intensität festlegen. Der Arzt lässt den Patienten die Prioritäten festlegen, sollten mehrere Konsultationsgründe vorliegen.

Fertigkeiten sind:

- Offene Fragen – Facilitation – Scannen;
- Paraphrasieren – Checken – Zusammenfassen.

Nachdem der Arzt die «Geschichte des Patienten» zusammengefasst hat und der Patient zu verstehen gegeben hat, dass er das Bild, das sich der Arzt von seinem Krankheitserlebnis macht, teilen kann, wird der Arzt eine klinische Anamnese vervollständigen und gegebenenfalls eine körperliche Un-

tersuchung zur Vervollständigung der Datenerhebung anschliessen.

«*Education skills*»

In den letzten Jahren wird vom Arzt zunehmend gefordert, dass er den Patienten zu gesundheitsförderndem Verhalten anhalten soll. Begriffe wie Erziehen, Beraten, Coachen werden in diesem Zusammenhang verwendet.

Der Hausarzt begegnet täglich Problemen, die eine mangelnde «*adherence*», den gestörten Familienzyklus, Beziehungen, die gefühlsmässig und gewalttätig missbrauchen, Vereinsamung, Stress, unvollständigen Impfstatus, risikoreiches Sexualverhalten, Inaktivität, ungesunde Ernährungsgewohnheiten, Nikotin-, Alkohol- oder Drogenabusus beinhalten. Der Hausarzt versteht es, diese Probleme entsprechend den Möglichkeiten des Patienten und situationsgerecht in die Konsultation einzubringen. Entsprechend dem «*cycle of change*» und «*motivational interviewing*» [10, 11] wird der Arzt:

- Das *Problembewusstsein* ansprechen und fördern. «Was haben Sie schon gehört von ...?», «Was sind Ihre Erfahrungen mit ...?». Der Arzt vermeidet eine Informationsflut, Eintrichtern und setzt Sachverständnis oder Faktenkenntnis nicht ungeprüft voraus;
- Die *Handlungsbereitschaft* erkunden und fördern. «Was heisst das für Sie ...?», «Was sind Sie bereit zu tun dafür ...?». Der Arzt vermeidet direkte Motivationsversuche, Überreden und das Ignorieren dieser Phase.
- Die *Fertigkeiten* erfassen und aufbauen. «Was können Sie selber tun für ...?», «Wie tun Sie das ...?». Der Arzt vermeidet drillen und setzt keine Fertigkeiten als vorhanden voraus.
- Die *Umsetzung* in den Alltag planen. «Wie können Sie das in den Alltag umsetzen ...?», «Was für Probleme sehen Sie voraus ...?». Der Arzt vermeidet rezeptieren, manipulieren und betrachtet die Umsetzung nicht als selbstverständlich.
- Unterstützung und Begleitung vorbereiten. «Welche Unterstützung haben Sie ...?», «Welche Hilfe brauchen Sie ...?», «Was werden Sie jetzt also bis zu unserem nächsten Treffen tun ...?». Der Arzt vermeidet predigen und lässt den Patienten nicht alleine.

Als Möglichkeit, gesundheitsförderndes Verhalten des Patienten zu unterstützen, bewährt sich in der Hausarztsprechstunde die Kurzintervention: *FRAMES* dient als Memohilfe:

*Feedback* – Rückmeldung, wie es dem Patienten objektiv geht;  
*Respect* – inwieweit der Patient das Thema ansprechen will und er bereit ist, Verantwortung zu übernehmen;  
*Advice* – Rat, aber nur zurückhaltend und mit einem  
*Menue* – einer Auswahl von Optionen;  
*Empathie* in der Form des aktiv, reflektierenden Zuhörens und  
*Support*, auch wenn die Wahl des Patienten sich nicht mit derjenigen des Arztes deckt.

## Prüfungsprotokoll

Das Peer-review-Protokoll kann auf der Webseite der SGAM (<http://www.sgam.ch>) in deutscher, französischer und italienischer Version heruntergeladen werden.

### Funktion

- Das Peer-review-Protokoll ist eine strukturierte, prozessbezogene Beschreibung der Konsultation; eine Guideline für Kandidaten und Experten und ein persönliches Prüfungsprotokoll für die Experten.

### Aspekte

- Das Peer-review-Protokoll betrachtet gesondert: zielgerichtetes und systematisches Arbeiten und die Arzt-Patient-Kommunikation.

### Gliederung

- Jetziges Leiden, Konsultationsgrund:  
Die subjektive Welt des Betroffenen
- Klinische Anamnese und Diagnostik:  
Die «objektive» Welt des Arztes
- Prävention und psychosoziale Aspekte:  
Bereitschaft zur Verhaltensänderung
- Das Expertentreffen zur Vorgehensweise:  
Patient und Arzt suchen eine gemeinsame Lösung
- Allgemeiner Eindruck

## Praktischer Ablauf

### Die Prüfung

Die praktische Prüfung des Kandidaten FMH Allgemeinmedizin erfolgt nach dem

bestandenen schriftlichen ersten Teil in der Praxis des Experten, in Präsenz eines Ko-Experten. Der Kandidat wird kurz in die örtlichen Verhältnisse eingeführt. Er führt sechs Konsultationen mit verschiedenen Patienten während zwei Stunden durch, wobei die Konsultationen auf Video aufgenommen werden. Die Experten beobachten am Bildschirm im Nebenzimmer die Patient-Arzt-Begegnung. Im Anschluss an die sechs Konsultationen erhält der Kandidat eine deskriptive Rückmeldung der Experten.

### Die Beurteilung

Experte und Ko-Experte beurteilen anhand des Peer-review-Protokolls in eigener Verantwortung, ob der Kandidat bestanden hat.

Im Zweifelsfalle melden die Experten den Kandidaten einer Überprüfungscommission. Die Delegation der Entscheidung in Zweifelsfällen erhöht die Verlässlichkeit der Prüfung, da sie die Unterschiede in der Beurteilung durch unzählige Experten reduziert.

Drei Mitglieder der Überprüfungscommission beurteilen anhand der Videoaufnahmen und der Eindrücke der Experten über «bestanden» oder «nicht bestanden».

### Probleme bei der Beurteilung

Die Beurteilung ist für die Experten nicht immer einfach. Immer wieder begegnen den Experten Probleme, die sie situativ lösen müssen:

- Man sieht nur, was man kennt;
- Zeitmanagement; die Beurteilung ist schwierig, wenn der Kandidat mehr als zwei Stunden für sechs Patienten benötigt. Ein Kandidat, dem es nicht gelingt, in den Konsultationen auf den aktuellen Konsultationsanlass einzugehen, erfüllt seine Aufgabe nicht.
- Grobe Missachtung der Arztagenda; der Kandidat wird vor der Konsultation auf wichtige Anliegen aufmerksam gemacht und beachtet sie während der Konsultation nicht. Bei einer leicht dementen Patientin mit Diabetes mellitus und Zehengangrän wird ein psychosoziales Gespräch der Aufgabe nicht gerecht, wenn die Zehe nicht klinisch untersucht wird.
- Krisenintervention; der Experte muss während der Konsultation intervenieren.

*Fragen*

Diese Prüfungsform gleicht der Prüfung des englischen Royal College of General Practitioners. Beide Prüfungen wurden ohne Absprache parallel entwickelt. Modelle gab es nur ansatzweise. Deshalb war die Akzeptanz bei den Kandidaten vor Einführung 1997 nicht abzuschätzen. Es gab in der Literatur kaum Hinweise zu den folgenden Fragen:

- Stellen sich Hausärzte als Experten zur Verfügung?
- Wie werden Hausärzte als Experten akzeptiert?
- Wie wird eine Videokamera von Patienten und Kandidaten akzeptiert?
- Ist es möglich, den Praxisalltag in einer Prüfung wiederzugeben?
- Ist es möglich, den Umgang mit dem Wissen und nicht das Wissen selbst zu prüfen?

Gegen 200 Hausärzte haben sich bis heute als Experten zur Verfügung gestellt. Die Rückmeldungen der Kandidaten, die die Prüfung effektiv abgelegt haben, geben einige Antworten auf einzelne dieser Fragen. Wir werden im Folgeartikel diese Rückmeldungen wiedergeben.

**Literatur**

- 1 Schächli P, Feller S, Rindlisbacher B, Bloch R. Zuverlässig, objektiv und weitgehend gültig. Schweiz Ärztezeitung 2001;82:2283–7.
- 2 Peltenburg M, von Graffenried A. Die praktische Teilprüfung für den Facharzttitel FMH Allgemeinmedizin. Schweiz Ärztezeitung 1999;80:2235–7.
- 3 Büchi M, Bachmann LM, Fischer JE, Steurer J, Peltenburg M. Alle Macht den Patienten? Vom ärztlichen Paternalismus zum Shared Decision Making. Schweiz Ärztezeitung 2002;81:2776–80.
- 4 Bird J, Cohen-Cole SA. The three-function model of the medical interview. An educational device. In: Hale MS, ed. Methods in teaching consultation-liaison psychiatry. Basel: S. Karger; 1990: p. 65–88.
- 5 Neighbour R. The inner consultation. Lancaster: MTP Press;1988.
- 6 Marvel MK, Doherty WJ, Baird MA. Levels of physician involvement with psychosocial concerns of individual patients: A developmental model. Family Medicine 1993;337–42.
- 7 Grüniger U, Künzel M, Bosshard HP. HIV-Beratung. Bern: FMH, 1993.
- 8 Grüniger U, Duffy FD, Goldstein MG. Patient Education in the medical encounter: How to facilitate learning, behavior change, and coping. In: Lipkin MJ, Putnam SM, Lazare A, eds. The medical interview. New York: Springer Verlag; 1995:122–33.
- 9 Smith RC. Patient-centered interviewing – An evidence-based method. 2nd ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2002.
- 10 Miller WR, Rollnick S. Motivational interviewing. Preparing people for change. 2nd ed. New York, London; The Guilford Press, 2002.
- 11 Rollnick S, Mason P, Butler C. Health behavior change. A guide for the practitioners. Edinburgh: Churchill Livingstone; 1999.

**Weiterführende Literatur**

- The Medical Interview – Clinical Care, Education, and Research. Lipkin MJr, Putnam SM, Lazare A, eds. New York; Springer Verlag;1995.
- Platt FW, Gordon GH. Field guide to the difficult patient interview, Philadelphia. Lippincott Williams & Wilkins;1999.