

Johanna Sommer, Arabelle Rieder, Unité de Médecine de Premier Recours, Faculté de Médecine Genève

Wie lehrt man Kommunikation in der Hausarztpraxis?

Für einen Hausarzt ist die Kommunikation mit seinen Patienten ohne Frage das wertvollste Tool während der Konsultation. Auch wenn man zunächst annehmen mag, die Fähigkeit zur Kommunikation sei angeboren, gilt es heute als erwiesen, dass die Vermittlung von Kommunikationstechniken sowohl die beziehungsbezogenen als auch die klinischen Kompetenzen von Ärzten verbessert. Dies hat ein besseres Verständnis durch die Patienten, eine bessere Compliance, bessere Therapieergebnisse und last but not least eine höhere Zufriedenheit von Arzt und Patient zur Folge. Wie gelingt es jedoch einem erfahrenen Hausarzt, jungen Kollegen (Studenten, Assistenzärzten) im Hausarztpraktikum seine oftmals unbewussten und automatisierten Kommunikationsstrategien während der Konsultation zu vermitteln? Im nachfolgenden Artikel sollen konkrete und im Praxisalltag leicht umsetzbare Anregungen zur Vermittlung von Kommunikationstechniken vorgestellt werden, die dazu beitragen, das Gespräch zu strukturieren, eine Beziehung zum Patienten aufzubauen und dessen Zufriedenheit sowie die Freude des Hausarztes an seiner Arbeit zu steigern.

Die wichtigsten Kommunikationstools sind: Zuhören, Fragetechniken und die Vermittlung medizinischer Informationen

Zuhören

Häufig kommt ein Patient mit zahlreichen Symptomen und Gefühlen zur Konsultation, die ihn belasten und über die er reden möchte. Für einen jungen Arzt ist es jedoch oftmals schwierig, den Patienten einfach nur reden zu lassen, da er im Geiste bereits eifrig Hypothesen aufstellt. Infolgedessen unterbricht er den Patienten, um ihm Fragen zu stellen und damit seine Überlegungen und medizinischen Schlussfolgerungen zu untermauern. Dabei besteht jedoch die Gefahr, dass sich der Dialog zu einer Art Verhör entwickelt und der Patient viele Gedanken, die er dem Arzt gern mitgeteilt hätte, nicht äussert. In diesem Fall ist es wichtig, einem jungen Kollegen zu vermitteln, dass man sich durch Zuhören und die Berücksichtigung der Gefühle und Gedanken des Patienten viel rascher ein Gesamtbild der Situation machen kann, was zu einer besseren Diagnosestellung und einer höheren Zufriedenheit bei Arzt und Patient beiträgt. Zu Beginn einer Konsultation sollte dem Patienten daher möglichst mit einer oder mehreren offenen Fragen («Was führt Sie heute zu mir?») Raum gegeben werden («die goldene Minute»), seine Ansichten (frz. AVIS) zu äussern. Das französische Akronym AVIS wurde im Rahmen des patientenzentrierten Ansatzes entwickelt und steht für:

- seine *Erwartung (Attente)* gegenüber dem Arzt
- sein *Erleben, Empfinden (Vécu)* der Krankheit bzw. der Beschwerden und ihre Auswirkungen auf sein Leben
- die *Gedanken (Idées)* oder Vorstellungen über seine Krankheit
- und die detaillierte Beschreibung seiner *Symptome (Symptômes)* sowie die Reihenfolge ihres Auftretens.

Beim Zuhören sollten ausserdem die Gefühle des Patienten beachtet werden, denn häufig spielt dieser auf Ängste im Zusammenhang mit seinen Symptomen an. Ein junger Kollege sollte daher

lernen, wie er seinen gefühlsmässigen Antennen vertrauen, die Gefühle des Patienten wahrnehmen und das, was dieser gelegentlich nur nonverbal oder in Form vager Anspielungen äussert, reformulieren kann («Ich habe den Eindruck, dass Ihnen dieser Schmerz gehörige Angst eingejagt hat.» oder «Ich sehe, dass Sie bei dem Gedanken daran feuchte Augen bekommen und er Sie offensichtlich sehr traurig macht.»). Als Kommunikationsstrategie lässt sich diese Form der Empathiebekundung in zwei Sätzen zusammenfassen: Der Arzt erkennt die Gefühle, die der Patient entweder mit Worten oder nonverbal zum Ausdruck bringt, und verbalisiert, was er beobachtet und wahrgenommen hat. Dadurch kann sich letzterer darüber klar werden, was sein tatsächliches Konsultationsanliegen ist, fühlt sich besser verstanden und kann eventuell emotionalen Ballast loswerden, den er nicht offen angesprochen hat. Auch der Arzt kann die Situation auf diese Weise besser verstehen und somit effektiv auf die Erwartungen, Ängste und Bedürfnisse des Patienten eingehen. Gleichzeitig hilft ihm diese Strategie dabei, schwierige oder emotionale Momente zu betrachten, ohne diese sofort lösen zu müssen oder sich von diesen überwältigt zu fühlen. Das emotionale Problem des Patienten wird sozusagen offen auf den Tisch gelegt, damit Arzt und Patient es gemeinsam anschauen und verstehen können.

Beim Zuhören geht es also darum, dem Patienten Raum zu geben, ohne ihn mit geschlossenen Fragen zu bombardieren, sich als Arzt auf seine eigenen Antennen zu verlassen, um nonverbale Äusserungen des Patienten zu verbalisieren und anschliessend auch einmal zu schweigen, damit der Patient reagieren kann.

Fragetechniken zum Sammeln von Informationen

Bei jeder Konsultation geht es darum, dass der Arzt anhand bewährter Fragetechniken vom Patienten bestimmte Informationen erhält.

Dabei gibt es offene Fragen, auf die der Patient sehr frei antworten kann (z.B. «Sie sagen, dass Sie sich seit einer Woche nicht sehr wohl fühlen, können Sie mir bitte erzählen, wie es dazu gekommen ist und was Ihnen aufgefallen ist?»). Die zweite Möglichkeit sind geschlossene Fragen, die der Patient mit ja oder nein beantwortet («Hatten Sie Fieber? Haben Sie Husten?»).

Wenn der Arzt bereits sehr früh geschlossene Fragen stellt, kann er den Patienten damit auf eine möglicherweise falsche diagnostische Fährte bringen (Wenn ein Patient z.B. aufgrund von Polyurie zur Konsultation kommt und sofort zu Harnwegsinfekten befragt wird, obwohl er an einem dekompensierten Diabetes leidet, beantwortet er zwar brav alle Fragen, der Arzt erhält jedoch nicht die eigentlich wichtigen Informationen. Wenn er die Situation jedoch selbst schildern kann, entsteht schnell ganz von allein eine stimmige ärztliche Hypothese und zwar in erheblich kürzerer Zeit). Man sollte einen jungen Kollegen daher ermutigen, mit offenen Fragen zu beginnen, um anschliessend die Diagnose anhand von immer geschlosseneren Fragen einzugrenzen (*Fragetrichter von offen nach geschlossen*).

Die Vermittlung medizinischer Informationen

Während der meisten Konsultationen muss der Arzt eine Behandlung (Antibiotikum, Antihypertensivum usw.), eine Diagnose (Hy-

pertonie, Diabetes usw.) oder eine Untersuchung (Koloskopie usw.) erklären. Es wurde festgestellt, dass sich Patienten nur einen geringen Teil dieser Informationen (ca. 10%) merken, wenn die Erklärung einseitig vom Arzt zum Patienten, also vom «Sender» zum «Empfänger», erfolgt. Um die Effektivität dieser Gesprächsphase zu erhöhen, sollten medizinische Informationen spiralförmig vermittelt werden. Dabei beginnt zunächst der Hauptakteur, also der Patient, dann ist der Arzt an der Reihe, dann wieder der Patient usw. Dies geschieht in folgenden drei Etappen:

- Fragen (Was weiss der Patient bereits, was möchte er wissen?)
- Informieren (der Arzt ergänzt die fehlenden Informationen)
- Überprüfen (der Patient fasst in eigenen Worten zusammen, was er verstanden hat, der Arzt beantwortet ggf. weitere Fragen).

Bei der Erklärung einer Diagnose wie Hypertonie ist es sinnvoll, den Patienten zunächst zu fragen, was er über diese Krankheit weiss, dies durch eine ihm noch unbekannt Information zu ergänzen und ihn abschliessend zu fragen, was er verstanden hat («Ich bin nicht sicher, ob meine Erklärung verständlich war, können Sie mir sagen, was Sie verstanden haben?» oder «Können Sie mir bitte sagen, wie Sie dies Ihrem Partner/Ihrer Partnerin erklären würden, damit ich feststellen kann, ob ich Ihnen noch etwas näher erläutern soll?»).

Die Überprüfung ist die anscheinend wichtigste Etappe, um die Informationsmenge, die sich der Patient merkt, (auf ca. 70%) zu steigern.

Die drei o.g. Kommunikationstools dienen zur Strukturierung der Konsultation und zum Aufbau der Arzt-Patienten-Beziehung.

Die Gesprächsstruktur (Abb. 1)

Nachfolgend möchten wir die auf der *Calgary-Cambridge-Checkliste* beruhende Gesprächsstruktur vorstellen, die von J. Silverman weiterentwickelt und gelehrt wurde und den Medizinstudenten an den medizinischen Fakultäten in der Westschweiz vermittelt wird. Sie dient einer effektiven Strukturierung der Konsultationszeit und, dank der o.g. Kommunikationstools, dem gleichzeitigen Aufbau der Arzt-Patienten-Beziehung.

Zu Beginn der Konsultation sollte idealerweise eine Phase der Kontaktaufnahme stattfinden, in welcher der Arzt sein Interesse an der Person des Patienten bekundet, bevor er sich dessen körperlichen Beschwerden widmet. Um einen guten Plan für das weitere Vorgehen in der Konsultation zu erstellen, bespricht der Arzt mit dem Patienten den voraussichtlichen Konsultationsverlauf, in dem auf die Äusserungen des Patienten (sein Anliegen) und die aus ärztlicher Sicht notwendigen Aspekte (Blutdruckkontrolle, erneutes Gespräch über die Koloskopie usw.) eingegangen werden sollte. Zu Beginn der Konsultation hört sich der Arzt also an, welche Beschwerden der Patient hat, wobei eine Art Liste entstehen sollte («Ihr Knie tut also weh, was gibt es noch? ... und möchten Sie mir noch etwas mitteilen?»). Danach schlägt der Arzt den Ablauf der Konsultation vor, welcher die Aspekte, die er selbst besprechen möchte, berücksichtigt und informiert den Patienten eventuell über die zur Verfügung stehende Konsultationszeit. Den Abschluss dieses Teils bildet die Frage, ob der Patient mit diesem Vorgehen einverstanden ist.

Das darauf folgende Kernstück der Konsultation besteht aus der Anamnese, bei welcher der Arzt dem Patienten zuhört und Fragen stellt, um mittels der o.g. Kommunikationstools die notwendigen Informationen zu sammeln sowie der körperlichen Untersuchung. Darauf folgt die Phase der Erklärung und Planung in welcher der Arzt dem Patienten die Resultate seines medizinischen Vorgehens

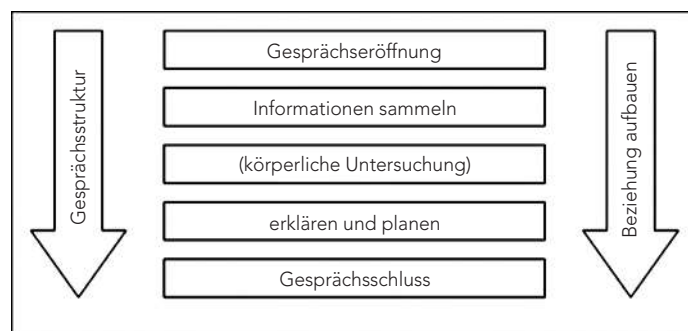


Abbildung 1

Die Gesprächsstruktur nach Silverman, Kurtz & Draper [1].

mitteilt, indem er eine Diagnose stellt, bzw. eine Therapie oder ein weiteres diagnostisches Vorgehen vorschlägt, für das Zusatzuntersuchungen erforderlich sind. Dabei sollte er die *Kommunikationstools* einsetzen und darauf achten, den Patienten nicht mit einer zu grossen Menge an Informationen zu überfrachten, sondern diese in mehrere *Informationshäppchen* zu unterteilen. Seine Rolle besteht darin, dem Patienten immer die *möglichen Therapieoptionen* und Handlungsmöglichkeiten aufzuzeigen, damit dieser selbst die für ihn beste Entscheidung treffen kann (*shared decision making*).

Beim Abschluss der Konsultation sollte der Arzt deren Ende ankündigen, gemeinsam mit dem Patienten das Gespräch zusammenfassen, überprüfen, ob dieser die Erklärungen bzw. die nächsten Schritte verstanden hat, ihn fragen, ob er noch weitere Probleme ansprechen möchte und ihm schliesslich dabei helfen, wieder zum Alltagsgeschehen übergehen zu können.

Die Personalisierung der Arzt-Patienten-Beziehung

Jeder Arzt hat seinen eigenen Gesprächsstil und gestaltet den Beziehungsaufbau zu seinen Patienten entsprechend seinem eigenen Temperament und Charakter. Natürlich sollte einem jungen Kollegen dies vermittelt und darauf hingewiesen werden, was dem jeweiligen Temperament geschuldet ist, damit er seinen eigenen Stil finden kann. Gleichzeitig ist es sinnvoll, ihm zu erklären, dass die Kommunikationstools des patientenzentrierten Ansatzes zum Aufbau einer guten Arzt-Patienten-Beziehung beitragen: Wenn man den Patienten seine Wünsche und Ängste äussern lässt, seine Gefühle verbalisiert, ihm dabei hilft, seine Krankheit besser zu verstehen und ihm schliesslich die Diagnose und Therapie erklärt, klingen seine Symptome oftmals rascher ab und die Zufriedenheit von Arzt und Patient nimmt zu. Dazu gehören das Zuhören, die Verbalisierung von Gefühlen, Werten und Empfinden des Patienten und manchmal auch ein Schweigen, eine Hand auf der Schulter oder ein Lächeln. Man kann einem angehenden Arzt dabei helfen, seine Beobachtungsgabe zu schulen, in dem man ihm aufträgt, zu notieren, wenn er diese Kommunikationstools während der Konsultation beobachtet, ihre Wirkung auf den Patienten zu analysieren und indem man anschliessend mit ihm über seine Gefühle als Beobachter und die eigenen Gefühle als Hausarzt in diesen Momenten redet. Dies ermöglicht ihm, die beziehungsbezogenen Kompetenzen zu seinen Patienten und seine Reflexivität weiter zu entwickeln, was ihm im zukünftigen Praxisalltag mitunter dabei helfen kann, sich von den Gefühlen des Patienten weniger überwältigt zu fühlen.

Die Tools zur Vermittlung von Kommunikationstechniken

Die wichtigsten Tools sind:

- *Vorbild und Nachahmung*: Dabei beobachtet der junge den erfahrenen Kollegen anhand einer klaren Aufgabenstellung und versucht, bestimmte Kommunikationstools auszumachen, diese zu notieren sowie nach der Konsultation zu benennen, zu beschreiben und eventuell selbst anzuwenden, indem sein Mentor den Platz des Patienten einnimmt.
- *Beobachtung und Feedback*: Dabei beobachtet der erfahrene den jungen Arzt/Studenten bei der Anwendung bestimmter Kommunikationstools während einer Konsultation und gibt ihm anschliessend ein konstruktives Feedback (siehe Artikel über Feedback). Je weniger Anweisungen und je eingegrenzter der Übungsbereich, desto grösser der Lernerfolg, da es geradezu unmöglich ist, alle Kommunikationstools gleichzeitig anzuwenden und zu erlernen!
- *Rollenspiel*: Wenn man als Hausarzt einen Aspekt der Kommunikation erklärt, ist es sinnvoll, den Nachwuchsarzt damit experimentieren zu lassen («Stell Dir vor, ich wäre der Patient, könntest du bitte das Anamnesegespräch noch einmal beginnen und mir dabei offenere Fragen stellen?»).
- *Aufzeichnungen* (Videoaufnahmen mit Webcam, Audioaufnahmen mit Diktiergerät oder beides gleichzeitig mit Mobiltelefon). Wenn der angehende Arzt sein Gesprächsverhalten nachträglich anhören oder ansehen kann, fällt es ihm leichter, dieses später zu korrigieren und der Hausarzt muss während der Konsultation nicht anwesend sein oder seinen Kollegen unterbrechen.

Die beste kommunikative Vorbildwirkung erzielt ein erfahrener Kollege, wenn er beim Gespräch mit einem jungen Kollegen dieselben Kommunikationstools wie in der Konsultation anwendet, indem er:

- ihn mit Respekt und Authentizität nach seinen Empfindungen fragt;
- seine bereits erlernten Kompetenzen wertschätzt und ihm dabei hilft, zukünftige Lernpotentiale zu erkennen;
- ihn mit Empathie und Respekt während seines Praktikums begleitet.

Fazit

Die Kommunikation während einer Konsultation besteht in einer gelungenen Kombination aus Persönlichkeit, Erfahrungen und Temperament der Gesprächspartner sowie spezifischen und nachvollziehbaren Kommunikationstools. Die Vermittlung der Kommunikation in der Hausarztpraxis erfolgt vor allem über die Benennung und Analyse komplexer Kommunikationsstrategien, die dafür sorgen, dass die Chemie zwischen Arzt und Patient stimmt.

Literatur

- Silverman J, Kurtz S, Draper J. Skills for communicating with patients. Radcliffe Medical Press; 2005.
- Rollnick S, Miller W, Butler C. Motivational Interviewing in Health Care: Helping Patients Change Behavior. Guilford Press; 2008.
- Kurtz S, Silverman J, Draper J. Teaching and Learning Communication Skills In Medicine. Radcliffe Medical Press; 2005.

Korrespondenz:

Dr. med. Johanna Sommer, MD
 Médecin interniste généraliste FMH
 Centre Médical Universitaire de Genève
 BFM local 4091
 9 Avenue de Champel
 1211 Genève 4
 johanna.sommer[at]unige.ch