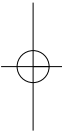
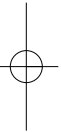
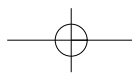


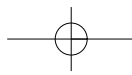
Hausärztliche Leitlinie

Hausärztliche Gesprächsführung

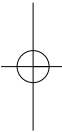
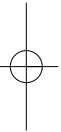


Weitere Publikationen der ÄZQ-Schriftenreihe
www.aeqz.de/publikationen/schriftenreihe/view





Impressum



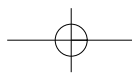
Geschützte Warennamen (Warenzeichen) werden nicht immer kenntlich gemacht. Aus dem Fehlen eines solchen Hinweises kann nicht geschlossen werden, dass es sich um einen freien Warennamen handelt.

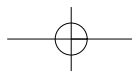
Alle Rechte, insbesondere das Recht zur Vervielfältigung und Verbreitung sowie der Übersetzung, vorbehalten. Kein Teil des Werkes darf in irgendeiner Form ohne schriftliche Genehmigung der Herausgeber der Leitlinie reproduziert werden.

Der Herausgeber der Leitlinie hat das Recht, Teile des Werkes oder das Gesamtwerk elektronisch zu publizieren.

Bibliografische Information der Deutschen Bibliothek: Die Deutsche Bibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.ddb.de> abrufbar.

Bibliographic information published by Die Deutsche Bibliothek: Die Deutsche Bibliothek lists this publication in the Deutsche Nationalbibliografie; detailed bibliographic data are available in the Internet at <http://dnb.ddb.de>.





Herausgeber der Schriftenreihe

Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin – ÄZQ, Berlin

Unveränderter Nachdruck der Hausärztlichen Leitlinie »Hausärztliche Gesprächsführung« mit freundlicher Genehmigung der Herausgeber der Leitlinie

Leitliniengruppe Hessen – Hausärztliche Pharmakotherapie

PMV forschungsgruppe an der Universität zu Köln

sanawork Gesundheitskommunikation, Freiburg

Autoren

F. W. Bergert, M. Braun, D. Conrad, K. Ehrenthal, J. Feßler, J. Gross, K. Gundermann,
H. Hesse, U. Hüttner, B. Kluthe, W. LangHeinrich, A. Liesenfeld, E. Luther, H. Neubig,
R. Pchalek, J. Seffrin, A. Sterzing, H.-J. Wolfring, U. Zimmermann

In Kooperation mit

U. Kramer, sanawork

I. Schubert, PMV forschungsgruppe

2008

Ärztliches Zentrum

für Qualität in der Medizin

Wegelystraße 3 | Herbert-Lewin-Platz

10623 Berlin

Telefon +49 (0)30 4005-2500

Telefax +49 (0)30 4005-2555

mail@azq.de | www.azq.de

ISBN

978-3940218-049

Verlag

Verlag Make a Book, Neukirchen

M. Böhme | Osterdeich 52 | 25927 Neukirchen

Telefon 04664-9839902 | Telefax 04664-635

mb@make-a-book.de | www.make-a-book.de

Gesamtherstellung

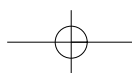
NF Media Ltd.

Frank Davidsen | Peter-Schmidts-Weg 1 | 25899 Niebüll

service@nf-media.de | www.nf-media.de

Weitere Publikationen der ÄZQ-Schriftenreihe

www.aeqz.de/publikationen/schriftenreihe/view



- 03** Kontext und Kooperation
- 04** Verantwortlichkeit
- 05** Lesehilfe
- 06** Hausärztliche Gesprächsführung
 - Anwendungsbereich
 - Relevanz und Ziel der Leitlinie
- 07 Hausärztliche Schlüsselfragen
- 08 Organisatorische Rahmenbedingungen
 - Tipps zur Arbeitsorganisation
- 09 Grundsätze patientenzentrierter Gesprächsführung: Akzeptanz, Empathie, Kongruenz
- 11 Die vier Ebenen einer Nachricht
- 14 Konsequenz für die Praxis
 - Die Droge Arzt
- 15 Verschiedene Patiententypen, verschiedene Zugangsmöglichkeiten
- 17 Körpersprache
- 18 Sitzposition
 - Patientensignale wahrnehmen und selbst gezielt Körpersprache einsetzen
- 19** Das strukturierte Beratungsgespräch
 - Fünf Phasen des strukturierten Beratungsgesprächs
- 20 Phase 1: Gesprächseinstieg
- Phase 2: Situations- und Bedarfsanalyse
- 21 Phase 3: Argumentationsphase
- Phase 4: Entscheidungsfindung
- 22 Phase 5: Gesprächsabschluss
- 23** Partizipative Entscheidungsfindung
 - Relevant für meinen Praxisalltag?
- 24** Partnerschaftliche Entscheidungsfindung
 - Formen der Arzt-Patienten-Beziehung
 - Ziele der PEF
 - Für welche Patienten und in welchen Situationen ist PEF besonders wichtig?
- 25 Voraussetzungen auf Seiten des Arztes
- Voraussetzungen auf Seiten des Patienten
- Wie erkennt man die Präferenz eines Patienten für PEF?
- 26** Hilfestellung für die Gesprächsführung
 - Warum visuelle Kommunikationshilfen so wichtig sind
- 28 Einsatz visueller Kommunikationshilfen
- Medikamentenplan
- 29 In der Therapieführung
- 30** Typische Gesprächssituationen im Praxisalltag
 - Der schwierige Patient: was heißt schwierig?
- 31 Der Zugang zu schwierigen Patienten
 - Der Zettelpatient
 - Der Vielredner
- 32 Der Jammerer
 - Der ängstliche Patient
- 33 Der ärgerliche, aggressive Patient
 - Der Koryphänenkiller
- 34 Das schwierige Gespräch bei schlechter Prognose
- 35 Der Non-Compliance Patient
 - Der Weg zum einsichtigen Patienten: 4 Schritte
 - Schritt 1: Schulungsbedarf erkennen
- 36 Schritt 2: Zielvorstellung erkennen
- 37 Schritt 3: Therapie an Wunschvorstellung orientiert festlegen
- 38 Schritt 4: Erfolge und Rückschläge erfassen

- 39 Das Gespräch mit anderen Professionellen**
 - Allgemein
 - Überweisung
- 40 Arztbrief
 - Pflegedienst
- 41 Reflexion des eigenen Kommunikationsverhaltens**
 - Analyse des eigenen Kommunikationstyps und des eigenen Gesprächsverhaltens
- 42 Fragenkatalog: Hilfestellung für die Reflexion von Gesprächssituationen
 - Gesprächseinstieg
 - Situationsanalyse
 - Kooperativer Gesprächsstil
- 43 Klare, positive Sprache
 - Zielverfolgung
 - Grenzen der Selbstanalyse
- 44 Qualitätskontrolle**
 - Feedbacksysteme: Allgemeines
 - »Kummerkasten«
- 45 Patientenbefragung
 - Evaluation
- 46 Zusammenfassung**
 - Haltung statt Technik
 - Der Mensch denkt in Bildern
 - 4 Ebenen einer Nachricht
- 47 Gute Vorbereitung – gutes Gespräch
 - Kommunikation als kontinuierlicher Lernprozess
 - Werkzeugkiste für erfolgreiche Kommunikation
- 48 Verschiedene Formen der Arzt-Patienten-Beziehung
- 49 Literatur**
 - Zitierte Literatur
- 50 Anhang**
 - Prozessschritte der Partnerschaftlichen Entscheidungsfindung
- 51 Maßnahmen zur Unterstützung der Arzneimittelanwendung
- 52 Fragebogen zur Beurteilung des Beratungsgesprächs durch den Patienten
- 54 Informationen zur Leitliniengruppe Hessen**
- 56 Internetadressen und Disclaimer**
 - Evidenzbasierte Patienteninformationen
 - Disclaimer



Bisher veröffentlichte Leitlinien

↳ Gesprächsführung

Antikoagulation
Arzneimitteltherapie im Alter
Asthma bronchiale und COPD
Chronische Herzinsuffizienz
Diabetes mellitus Typ 2
Fettstoffwechselstörung
Hypertonie
Magen-Darm-Beschwerden
Palliativversorgung
Schmerzen
Stabile Angina pectoris
Venöse Thromboembolie

Die Leitliniengruppe Hessen ist daran interessiert, Rückmeldungen und Anregungen von Kollegen und Kolleginnen zur Anwendung der Leitlinie in der Praxis zu erhalten. Bitte teilen Sie Ihre Meinung und Vorschläge der PMV forschungsguppe mit. Vielen Dank.

PMV forschungsguppe
Stichwort »Leitlinien«
Herderstraße 52-54
50931 Köln
Fax: 0221-478-6766
Email: pmv@uk-koeln.de
<http://www.pmvforschungsguppe.de>

Die **Leitliniengruppe Hessen** wurde 1998 mit dem Ziel gegründet, hausärztliche Leitlinien zu ausgewählten Themen der Pharmakotherapie für die Arbeit in Pharmakotherapiezentren zu erstellen. Die hausärztlichen Qualitätszirkel »Pharmakotherapie« gehören zu einem Programm der KV Hessen zur Qualitätssicherung. Die Verantwortung für die Inhalte der Leitlinie liegt bei der Leitliniengruppe.

Die Pharmakotherapiezentren und die Leitlinienarbeit werden von der **KV Hessen** ohne inhaltliche Einflussnahme und ohne Verantwortung für die Inhalte gefördert.

Die Moderation der Leitliniensitzungen, die wissenschaftliche Begleitung und Konzeption hausärztlicher Leitlinienerarbeitung sowie die Evaluation erfolgt durch die **PMV forschungsguppe**, Universität zu Köln.

Das Unternehmen **sanawork Gesundheitskommunikation**, spezialisiert auf Fortbildung von Ärzten und Praxismitarbeiterinnen auf dem Gebiet der Patientenkommunikation, hat die Leitliniengruppe bei der Konzeption und Ausarbeitung der Leitlinie unterstützt und ein Modul entwickelt, mit dem die Lerninhalte interaktiv in den Zirkelsitzungen vermittelt werden können.

Die erarbeiteten Leitlinien werden über das ÄZQ [www.leitlinien.de] und die PMV forschungsguppe regelmäßig im Internet veröffentlicht.

- Zusammensetzung der Leitliniengruppe
- Unabhängigkeit
- Ziele und Arbeitsweise

Zusammensetzung der Leitliniengruppe

Die Mitglieder der »Leitliniengruppe Hessen – Hausärztliche Pharmakotherapie« sind praktizierende Hausärzte aus dem Bereich der KV Hessen und z. T. seit mehr als 10 Jahren als Moderatoren hausärztlicher Pharmakotherapiekreise tätig. Sie entwickeln zu ausgewählten hausärztlich relevanten Indikationsgebieten Leitlinien.

Für die Leitlinien hausärztliche Gesprächsführung, Palliativmedizin und Psychosomatik wurden Experten hinzugezogen, da die theoretischen Grundlagen zu diesen Gebieten nicht originärer Gegenstand der allgemeinärztlichen Ausbildung und fachärztlichen Weiterbildung sind.

Die Leitlinien sind Bestandteil des Projektes »Hausärztliche Qualitätskreise Pharmakotherapie«. Sie dienen gleichermaßen der Schulung der Moderatoren wie der Teilnehmer der Pharmakotherapiekreise. Die Leitlinien werden in gedruckter Form (KVH aktuell Pharmakotherapie) und im Internet [www.leitlinien.de] veröffentlicht (s. u. Warum hausärztliche Leitlinien?).

Unabhängigkeit

Die inhaltliche Arbeit der Leitliniengruppe geschieht selbstständig und ohne äußere Einflussnahme. Die Mitglieder der Leitliniengruppe Hessen sind ehrenamtlich mit Vergütung ihrer Spesen durch die KV Hessen tätig. Die KV Hessen entsendet weder Mitglieder in die Leitliniengruppe, noch werden ihr Leitlinien vor der Veröffentlichung vorgelegt. Es bestehen keine finanziellen oder inhaltlichen Abhängigkeiten der »Hausärztlichen Leitliniengruppe Hessen« zu irgendwelchen weiteren Einrichtungen oder anderen Interessenten.

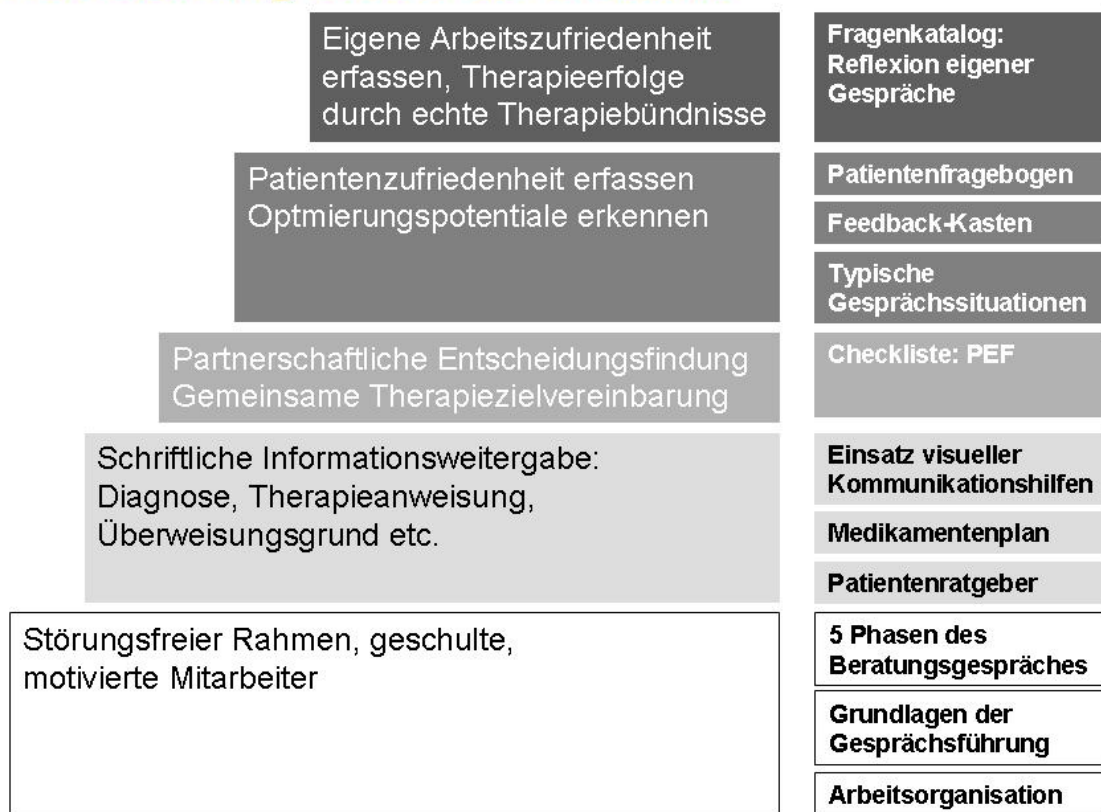
Ziele und Arbeitsweise

Die Leitliniengruppe Hessen versteht die Leitlinien als **Orientierungs- und Entscheidungshilfen** für die Versorgungsaufgaben des Hausarztes. Die Leitlinien enthalten therapeutische Handlungsempfehlungen **für typische Beschwerdebilder und Behandlungssituationen** – für den »Normalfall«. Patienten, die Besonderheiten aufweisen, müssen bedarfsgerecht nach ihren individuellen Bedürfnissen behandelt werden. Die Empfehlungen werden – so weit möglich – durch Studien und mit Evidenzgraden versehen. Besonderen Wert legt die Leitliniengruppe auf nicht medikamentöse und patientenaktivierende Maßnahmen. Deren niedrigere Evidenzbewertung bedeutet nicht, dass sie weniger relevant sind, sondern zeigt nur, dass sich diese Maßnahmen weniger für die Standarduntersuchungsmethoden der evidenzbasierten Medizin (wie randomisierte klinische Studien, doppelblind) eignen und dass es schwierig ist, für diese Untersuchungen Sponsoren zu gewinnen. Die in den Leitlinien formulierten Grundsätze beruhen auf einer sorgfältig durchgeführten Leitlinien- und Literaturrecherche. Bestehen bereits evidenzbasierte Leitlinien zur Thematik, werden die für die hausärztliche Pharmakotherapie wichtigen Empfehlungen übernommen. Soweit entsprechende Untersuchungen fehlen, werden aufgrund von therapeutischen Erfahrungen der praktizierenden Hausärzte im Konsens verabschiedete Empfehlungen gegeben. Zu einzelnen Fragen werden Expertenmeinungen eingeholt. Erst dieses pragmatische Vorgehen ermöglicht eine Leitlinienarbeit durch Hausärzte und schont die knappen Ressourcen. Die Leitliniengruppe beschreibt ihre Arbeitsweise in einem allgemeinen Leitlinienreport.

Das folgende Schaubild zeigt den Aufbau der Leitlinie, beginnend mit einigen Hinweisen zur Arbeitsorganisation und den Grundlagen der Gesprächsführung (s. unterste Stufe).

Den Abschluss bildet ein Fragenkatalog, der eine Hilfestellung bietet, Gespräche mit Patienten zu reflektieren.

Stufenschema der Patientenkommunikation Hilfestellung durch die Leitlinie



- Anwendungsbereich
- Relevanz und Ziel der Leitlinie

Anwendungsbereich der Leitlinie

Der Schwerpunkt der vorliegenden Leitlinie liegt auf Hinweisen und praktischen Hilfestellungen für

- das Arzt-Patienten-Gespräch
- das Gespräch vom Hausarzt mit Kollegen anderer Fachdisziplinen, mit Mitarbeitern ambulanter Pflegedienste, Kliniken, Apotheken.

Die Leitlinie findet keine Anwendung auf das Gespräch mit Patienten, die an krankheitsbedingten Kommunikationsstörungen leiden, wie z. B. Schizophrenie, Borderline etc.

Worum es in dieser Leitlinie nicht geht

- um **Tricks**, mit denen man es schafft, andere Menschen zu etwas zu überreden, was sie selbst nicht wollen
- um **Kniffe** (Manipulation), mit denen es gelingt, Menschen in eine, vermeintlich richtige, Richtung zu bewegen, so dass sie ihr Verhalten ändern.

Warum Ärzte oft skeptisch sind in Sachen Kommunikationstraining

Sie spüren intuitiv, dass die Grenze zur Manipulation, zur Nutzung der Kommunikation als Instrumentarium der eigennützigen Zielverfolgung, fließend ist.

Bei allgemeinen Begriffen wie Arzt oder Patient benutzen wir wegen der besseren Lesbarkeit in der Regel die männliche Form, schließen aber die weibliche ausdrücklich mit ein.

Relevanz und Ziel der Leitlinie

Die Qualität der Gespräche hat eine große Auswirkung auf

- die vom Patienten wahrgenommene Qualität der Behandlung.
- auf die objektiven Therapieergebnisse und die Akzeptanz der Therapie beim Patienten.

Eine Leitlinie, die hilft, die Patientenkommunikation zu verbessern, hat daher große praktische Bedeutung.

Vorrangiges Ziel der Leitlinie ist es, die Effizienz der Gespräche zu verbessern:

- **Verständnisfehler** als Ursache von Non-Compliance vermeiden.
- **Verständigungsfehler** als Ursache falscher Therapiedurchführung und Gefährdung der Non-Compliance reduzieren und damit Fehldiagnosen oder Doppelbehandlungen vermeiden.
- Eigene Arbeitszufriedenheit und Patientenzufriedenheit steigern.
- **Partizipative Entscheidungsfindung (PEF) fördern**, damit Entscheidungen von Arzt und Patient gemeinsam getragen werden und die Eigenverantwortung der Patienten gestärkt wird.

Auf der Basis einer vertrauensvollen Arzt-Patienten-Beziehung findet der Hausarzt einen Zugang zu seinen Patienten. Durch das gezielte **Zusammenspiel von verbaler, non-verbaler und visueller Kommunikation** kann er Patienten dazu motivieren, aktiv an der Therapie mitzuwirken und Eigenverantwortung zu übernehmen – der Schlüssel zu besserem Therapieerfolg.

Hausärztliche Schlüsselfragen

- Wie stelle ich fest, ob der Patient mich versteht und ich ihn?
- Wie gelingt es mir, mit dem Patienten ein Therapieziel zu vereinbaren?
- Wie überprüfe ich, ob der Patient das Therapieziel verstanden hat und mitträgt?
- Wie gehe ich mit »Vielrednern« um?
- Wie gehe ich mit ängstlichen Patienten um?
- Wie reagiere ich auf einen verärgerten/ aggressiven Patienten?
- Wie schaffe ich einen »positiven Gesprächsabbruch«?
- Wie gelingt es mir, einen Patienten aufzufangen und zugleich auf einen späteren Termin zu vertrösten?
- Wie finde ich heraus, warum der Patient nicht zum vereinbarten Termin gekommen ist?
- Wie kann geklärt werden, was Patient und Arzt von einander erwarten können und was nicht?
- Wie vermeide ich externe Störungen im Gespräch mit dem Patienten?
- Welche Rahmenbedingungen fördern gute Kommunikation?
- Wie kann ich den Informationsfluss zu den Kollegen und anderen Berufen verbessern?
- Wie vermeide und wie bewältige ich einen »Chaostag«?
- Wie vermeide ich Vorurteile und Fehlbeurteilungen gegenüber meinem Patienten?

- Organisatorische Rahmenbedingungen
- Tipps zur Arbeitsorganisation

Organisatorische Rahmenbedingungen

Effektive Kommunikation ist eingebettet in eine störungsfreie Ablauforganisation. Gute Planung und effiziente Zusammenarbeit zwischen Arzt und Mitarbeiterin verbessern die Kommunikation im Team und zum Patienten. Patienten spüren das, sie kommen gerne in die Praxis, fühlen sich verstanden und gut aufgehoben.

Um Patienten vertrauensvoll und medizinisch gut beraten zu können, ist der Hausarzt auf die Unterstützung seines Praxisteam angezwiesen, das für einen störungsfreien Praxisablauf sorgt und sich durch kontinuierliche Fortbildung im Hinblick auf Kommunikation, Organisation und medizinische Information fachlich qualifiziert.

Ob sich ein Patient ernstgenommen, angenommen und wohl fühlt in einer Praxis, bestimmt zum großen Teil das Engagement des Praxispersonals: Planung, Einfühlungsvermögen, Kompetenz.

Tipps zur Arbeitsorganisation

- Gespräche an der Anmeldung: Auf Diskretion achten. Bei eingehenden Telefonaten z. B. auf Nennung von Namen und Diagnosen verzichten. Telefongespräche mit persönlichen Inhalten nicht vor Patienten führen (z. B. Bestellung einer Musikanlage).
- Behandlungszimmer: Nicht ohne Anklopfen betreten.
- Telefonanrufe: nicht während der Konsultation durchstellen; Rückruf anbieten.

Tipp: Gemeinsam im Team eine Liste erstellen mit den wichtigsten Namen bzw. Situationen, in denen eine Störung erlaubt ist. In allen anderen Fällen ist eine Störung tabu!

Die Konsultationszeit des Arztes möglichst effektiv planen

Welche Aufgaben will der Hausarzt selbst durchführen, welche können von Assistentinnen **im Vorfeld** erledigt werden?

- z. B. Informationen/Aufklärungsblätter **vor** der Impfung aushändigen.
- z. B. Patientenfragebogen aushändigen: um Bedarf der Patienten zu erkennen z. B. im Bereich von Präventionsleistungen etc.

Welche Schritte in der Vorbereitung erleichtern dem Arzt das Patientengespräch?

- Versuchen, den Besuchsanlass zu klären, um zeitlichen Rahmen dafür einzuplanen.
- Informationen des Patienten über z. B. Kritik, lange Wartezeiten etc., die gegenüber der Helferin geäußert werden, in der Patientenakte festhalten. Der Arzt kann im Gespräch direkt Bezug darauf nehmen, die Kritik positiv auflösen. *»Letztes Mal mußten Sie leider sehr lange warten, heute haben wir uns deshalb ganz besonders bemüht. Wir hoffen, Sie sind zufrieden.«*

Zum Thema »Arbeitsorganisation« s. Module des Qualitätsmanagements (z. B. QEP, EPA, KTQ).

- Grundsätze patientenzentrierter Gesprächsführung: Akzeptanz, Empathie, Kongruenz

Für die Leitliniengruppe Hessen hat dauerhaft erfolgreiche Patientenkommunikation weniger mit Redetechniken zu tun, sie ist vielmehr eine Frage der inneren Haltung. Diese Haltung ist geprägt von drei Prinzipien, die in der patientenzentrierten Gesprächsführung nach C. Rogers beschrieben sind [8, 9].

- Akzeptanz
- Empathie
- Kongruenz

Unter **Akzeptanz** versteht man eine grundsätzlich positive, wertschätzende Einstellung dem Gesprächspartner gegenüber.

»Mein Patient kommt zu mir mit einem Anliegen, er schenkt mir Vertrauen und erhofft sich Hilfe von mir. Er kann Fehler und Schwächen mitbringen, die ich als Arzt erkenne und akzeptiere. Grundsätzlich gehe ich als Arzt davon aus, dass der Patient meine Therapieempfehlungen nicht absichtlich ignoriert, dass er guten Willens ist, Verantwortung für seine Gesundheit zu übernehmen und gemeinsam mit mir als Arzt die erforderlichen Schritte geht.«

Empathie

Der Arzt geht in ein Patientengespräch mit dem aufrichtigen Bemühen, die Anliegen seiner Patienten zu erfassen. Diese Kernkompetenz eines jeden Hausarztes nennt man Empathie – einführendes Verstehen.

- *»Ich versuche, die wahren Anliegen meiner Patienten zu erkennen, indem ich mich in ihre Lage hineinversetze, um ihre Beweggründe besser verstehen zu können. Dabei achte ich aufmerksam auf das, was sie mir sagen (verbal), und versuche durch offene Fragen ein möglichst umfassendes Bild von dem Menschen und seinem Anliegen zu bekommen.«*
- *»Ich achte auch darauf, was der Patient mir durch seine non-verbale Signale indirekt vermittelt. Durch Verbalisieren des Verstandenen in meinen eigenen Worten versichere ich mich beim Patienten, ob ich mit meiner Einschätzung richtig liege.«*

»Der erfolgreiche Mensch beschäftigt sich mit den Interessen der anderen, der erfolglose und der gewöhnliche Mensch vorwiegend mit seinen eigenen.«

Alfred Adler

1870-1937

Begründer der Individualpsychologie

... → ...

- Grundsätze patientenzentrierter Gesprächsführung: Akzeptanz, Empathie, Kongruenz (Fortsetzung)

... → ...

Kongruenz

Die Patientenkommunikation lebt von der **Echtheit der Beziehung**, der Kongruenz.

Ein Arzt, der sich z. B. darüber ärgert, dass der Patient zum wiederholten Male zu einem Kontrolltermin nicht erschienen ist, darf seine Gefühle darüber äußern. Er gibt sich damit als Mensch zu erkennen, der Erwartungen und Hoffnungen in einen Patienten gesetzt hat, die enttäuscht worden sind. Durch seine authentische Reaktion zeigt der Arzt, dass er Anteil nimmt am Handeln des Patienten.

Wichtig: Kongruenz oder Echtheit

- hilft dem Arzt, bei sich zu bleiben, seine Frustrationen positiv und konstruktiv zu verarbeiten, Grenzen aufzuzeigen.
- wird vom Patienten belohnt: weil der Arzt als Mensch erfahrbar wird, festigt sich die Arzt-Patienten-Beziehung.

Akzeptanz, Empathie und **Kongruenz** sind die Pfeiler einer fruchtbaren, glaubwürdigen und für Arzt und Patient erfüllenden Kommunikation. Ohne die Grundsätze der patientenzentrierten Gesprächsführung nach Rogers verkommt Kommunikation zur leeren Hülse, werden Worte zu Floskeln, die schnell entlarvt und vom Patienten mit Ablehnung und Rückzug beantwortet werden.

Wir sagen nicht immer was wir meinen, und wir denken nicht immer was wir sagen.

Missverständnisse, Irritationen, Fehler in der Kommunikation mit Ihren Patienten sind vorprogrammiert. Wichtig für die erfolgreiche Zusammenarbeit von Arzt und Patient:

- In jeder Information können sich unterschiedliche Inhaltsaspekte verbergen.
- Erst wenn man alle »Ebenen« berücksichtigt, erschließt sich der Gesamtkontext der Nachricht.
- Doppeldeutige Signale: Besser ist es, nachzufragen als zu analysieren und zu interpretieren und eventuell dann doch missverstanden zu werden.

Die vier Ebenen einer Nachricht

Auf der Sachebene wird der Inhalt so gemeint, wie er gesagt wird.

- **Sachebene:** z. B. die medizinischen Fakten.
- **Beziehungsebene:** Menschliche Aspekte der Arzt/Patient-Beziehung.
- **Selbstkundgabe:** Offenlegung der persönlichen Wünsche und Bedürfnisse.
- **Appell:** Konkrete Handlungsaufforderung.

»Vier-Ohren-Modell« nach Schulz von Thun [10]



... → ...

... → ...

Beispiel:

Arzt: »Herr Müller, Ihr Blutdruck ist zu hoch, Ihre Cholesterinwerte ebenfalls. Dazu kommt noch Ihr Übergewicht. Ich mache mir Sorgen, Sie sollten abnehmen.«

Patient: »Ach, ich war mein ganzes Leben schon so dick.«

Welche Inhalte können in dieser Aussage des Patienten verborgen sein? Was will Ihnen Ihr Patient möglicherweise damit sagen? Das folgende Beispiel entschlüsselt die 4 Ebenen:

Patientenseite:

<p>Sachebene »Ich hatte schon als Kind Übergewicht.«</p>	<p>Beziehungsebene »Ich nehme Sie nicht so ernst.« »Sie haben doch auch kein Patentrezept!« »Nehmen Sie mich mit meinen Bedenken ernst und lassen Sie mich in Ruhe.«</p>
<p>Selbstkundgabe »Das ist Veranlagung, ich kann nichts dafür!« Oder »Ich habe schon so oft versucht, ohne Erfolg. Ich sehe keine Chance.« »Ich will einfach nicht, die letzte Freude lass ich mir nicht nehmen.«</p>	<p>Appell »Fragen Sie nicht weiter, lassen Sie mich in Ruhe.« Oder »Fragen Sie bitte weiter, helfen Sie mir.«</p>

Als Hausarzt sind Sie gefordert, mit Ihrem Einfühlungsvermögen (Empathie) herauszufinden, welche Gründe hinter der zunächst ablehnenden Haltung des Patienten stehen, um adäquat handeln und reagieren zu können:

- Ein Patient mit einer jahrelangen Leidensgeschichte braucht z. B. Mitgefühl und eine konkrete Unterstützung, um sich erneut auf die für ihn mit vielen Frustrationen beladene Behandlung einlassen zu können. Er ist dankbar, wenn ihm dabei geholfen wird.
- Ein anderer Patient hat vielleicht die grundlegende Entscheidung getroffen, seinen Lebensstil nicht zu ändern. Er lehnt eine Diät grundsätzlich ab, und möchte, dass sein Entschluss respektiert wird. Ein Insistieren hätte den gegenteiligen Erfolg und könnte die Beziehung zwischen Arzt und Patient belasten.

Wann lohnt es sich, die Antworten des Patienten auf allen vier möglichen Ebenen zu entschlüsseln?

Eine Analyse der 4 Inhaltsaspekte lohnt sich, wenn in Situationen,

- in denen Ihnen die Reaktionen Ihres Patienten merkwürdig vorkommen, Sie sich z. B. ärgern.
- in denen Sie das Gefühl haben, nicht durchzudringen zum Patienten, in denen Sie ratlos sind, weil der Patient Ihrer Meinung nach nicht mitarbeitet am Therapieerfolg.

... → ...

... → ...

Analyse der Gesprächsebenen

Bei der Analyse des eigentlichen Inhaltes einer Antwort ist es hilfreich dem Patienten zu spiegeln, was bei Ihnen angekommen ist, was Sie verstanden haben.

Sie könnten dem Patienten beispielsweise mitteilen:

»Ihnen ist es wichtig, zukünftig etwas daran zu ändern, aber Sie wissen nicht, wie das funktionieren könnte?«

oder

»Sie haben schon so oft versucht, Gewicht zu reduzieren und sind ziemlich frustriert.«

»Sie leben eigentlich ganz gut mit Ihrem Übergewicht, es belastet Sie bisher wenig. Sie sehen keinen Bedarf, etwas zu ändern?«

Die Reaktion des Patienten gibt Ihnen Hinweise für das weitere Vorgehen. »Ja, Sie haben recht, ich will eigentlich gar nichts mehr am Gewicht ändern, ich habe mich damit abgefunden.« Oder »Nein, ich würde ja gerne, weiß aber nicht, wie ich das anstellen soll, können Sie mir helfen?« Sie erfahren, was Ihr Patient wirklich denkt, was er in seiner Situation von Ihnen erwartet.

Wichtig: Jede Antwort, die Sie Ihrem Patienten geben, wird von diesem auch auf verschiedenen Ebenen verstanden, je nachdem mit welchem Ohr Ihr Patient hauptsächlich hört.

Auf die Aussage des Patienten: »Ich war mein ganzes Leben schon so dick.« antworten Sie z. B. »Dann wird es höchste Zeit, dass wir uns um das Problem kümmern.«

Was könnten Sie mit dieser Aussage ausdrücken wollen? Was verbirgt sich in Ihrer Antwort:

Arztseite

Sachebene »Ihr Übergewicht sollte rasch behandelt werden.«	Beziehungsebene »Ich habe den Eindruck, Ihnen ist nicht mehr zu helfen.« »Ich mach mir Sorgen um Sie. Sie sind mir wichtig.«
Selbstkundgabe »Ich hab keine Lust mehr, ich bin müde das Thema anzugehen.« oder »Ich kann Ihnen helfen. Gemeinsam schaffen wir das.«	Appell »Wachen Sie auf, Sie sind in Gefahr.« oder »Machen Sie doch was Sie wollen.« oder »Geben Sie sich einen Stoß. Wir schaffen das.«

Um sicher zu gehen, dass Sie so verstanden werden, wie Sie das beabsichtigen, hilft es, laut zu denken. Formulieren Sie die »verborgenen« Aspekte Ihrer Botschaft aus, wenn Sie aufgrund der zögerlichen Reaktion Ihres Patienten vermuten, nicht richtig verstanden worden zu sein.

- Konsequenz für die Praxis
- Die Droge Arzt

Was bedeutet das in der Führung Ihrer chronischen Patienten?

- Vorsicht! »Verkürzen der Botschaften« kann Ihre Kommunikation massiv stören. Als Arzt ist man versucht, sich kurz zu fassen, um dem engen Zeitplan im Praxisablauf zu entsprechen. Reduziert man die Kommunikation z. B. auf die Sachebene und den Appell *»Sie gehören zur Risikogruppe, nehmen Sie ab!«* büßt man in der Regel Patientenzufriedenheit ein.
- Eine Störung auf der Beziehungsebene wird durch Kommunikation alleine auf der Sachebene nicht geklärt. Patienten fühlen sich unverstanden, wenn sie auf dem »falschen Ohr« angesprochen werden. Investieren Sie daher in den Ausbau der Beziehungsebene zu Ihrem Patienten.

Die Droge »Arzt«

Das Vertrauen in Ihre Fähigkeiten, die Überzeugung, dass Sie helfen können, dass Sie Ihren Patienten in seiner Situation verstehen, sich kümmern, das Gefühl, gut aufgehoben zu sein, spendet Kraft, Energie und Motivation, die Basis für den Therapieerfolg. Grundlage dafür ist der Aufbau und die Pflege einer starken, gesunden Beziehungsebene.

Gelungene Patientenkommunikation verlangt vom Hausarzt,

- dass er in der Lage ist, im Bedarfsfall alle vier Ohren zu öffnen.
- dass er die Botschaft des Patienten umfassend auf allen vier Ebenen entschlüsseln kann.
- dass er sich darüber bewusst ist, mit seinen Botschaften ebenfalls auf die vier Ohren des Patienten zu treffen.
- dass er sich seiner Verantwortung bewusst ist, richtig verstanden zu werden.

Die vier Ebenen einer Nachricht zu analysieren, hilft in schwierigen Situationen zu erkennen, worin ein Lösungsangebot für den jeweiligen Patienten liegen kann, welche Erwartungen der Patient an den Arzt stellt und trägt dazu bei, Enttäuschungen zu vermeiden.

- Verschiedene Patiententypen, verschiedene Zugangsmöglichkeiten

Verschiedene Patiententypen: verschiedene Zugangsmöglichkeiten

- Nur wenn Sie als Hausarzt den tatsächlichen Hintergrund des Patienten einführend verstehen, können Sie sowohl medizinisch als auch auf menschlicher Ebene mit dem Patienten erfolgreich kommunizieren.
- Jeder Patiententyp hat seine eigenen Kommunikationsprobleme, andererseits auch seine eigenen Zugangsmöglichkeiten.
- Es ist wichtig, sensibel die Signale zu empfangen, die ein Patient verbal und nonverbal sendet, um die Zugangsmöglichkeiten zu erkennen und die jeweiligen (Misch-)Typen differenziert zu behandeln.

Wichtig:

- In jeder Nachricht, die wir senden und empfangen, sind die vier Ebenen enthalten, allerdings unterschiedlich stark gewichtet.
- Jeder Mensch hört auf allen »vier Ohren« allerdings in unterschiedlich starker Ausprägung, abhängig von der jeweiligen Persönlichkeit und der jeweiligen Situation, in der sich der Mensch befindet.

Menschen mit einem **ausgeprägten Sach-Ohr**

Chance: sachliche Klärungen sind möglich, ohne gereizt, beleidigt, aggressiv aneinander zu geraten.

Gefahr: die gefühlsmäßigen Aspekte des Themas bleiben häufig ohne Resonanz, der Gesprächspartner fühlt sich unverstanden mit dem, wie es ihm ums Herz ist.

Bei starker Überbetonung des Sachaspektes wirken Menschen so, als

- kehren sie zwischenmenschliche Probleme gerne leichtfertig unter den Teppich.
- nehmen sie die Probleme anderer nicht ernst.
- versachlichen sie alles. Sie wirken dadurch unnahbar und kühl.

Menschen mit **ausgeprägtem Beziehungs-Ohr**

Chance: verdeckte Konflikte werden eher sichtbar und angesprochen.

Gefahr: mit Menschen, die übermäßig auf der »Beziehungslauer« liegen, kann die Sachklärung erschwert sein. Sie behindern die Selbstoffenbarung des Gegenübers. Der Gesprächspartner zieht sich zurück.

Menschen, die den Beziehungsaspekt überbetonen,

- reagieren oft überempfindlich.
- nehmen alles gleich persönlich.
- fühlen sich schnell angegriffen und reagieren dann beleidigt oder aggressiv.

... → ...

- Verschiedene Patiententypen, verschiedene Zugangsmöglichkeiten (Fortsetzung)

... → ...

Menschen mit **ausgeprägtem Selbstkundgabe-Ohr**

Chance: gehen intensiv auf die seelische Gestimmtheit ihres Gegenübers ein, versuchen zu verstehen, wie dem anderen zumute ist, was der Gesprächspartner auch spürt. Dadurch öffnet sich der Gesprächspartner, er ist den Argumenten aufgeschlossener.

Gefahr: durch zu starke Fokussierung auf die Befindlichkeit des Gegenübers wird die eigene Betroffenheit und Position nicht erfahrbar. Starke Betonung des Selbstkundgabe-Ohrs kann negative Haltung provozieren. »*Ich bin doch nicht auf der Couch!*«

Menschen mit ausgeprägtem Selbstkundgabe-Ohr wirken so:

- Hören oft nur die Botschaft des anderen.
- Lassen die eigene Betroffenheit vermissen.
- Verführen zum Analysieren und Diagnostizieren des anderen.

Menschen mit **ausgeprägtem Appell-Ohr**

Chance: die Fähigkeit hilft, rasch zu erfassen, was von uns verlangt wird, so dass wir eine Lösung anstreben können.

Gefahren:

1. eine zu schnelle Lösung wischt das Thema zu früh vom Tisch, besonders bei handlungsorientierten Menschen zu beobachten, meistens Männer.

2. In der Ausrichtung auf die Erwartung des anderen bleibt die eigene Position undeutlich, auch für einen selbst. Das ist besonders bei beziehungsorientierten Menschen, häufig Frauen, anzutreffen.

- Wollen es allen recht machen.
- Verbreiten Hektik und Unruhe.
- Verlieren oft das Gefühl für die eigenen Bedürfnisse.

Hinweis

Zu welchem Typ Ihr Patient gehört, erfahren Sie, indem Sie auf den Patienten eingehen:

- ins Gespräch kommen mit dem Patienten, den Patienten zu Wort kommen lassen.
- die Reaktionen bewusst wahrnehmen: Irritationen, Rückzug, Schweigen.
- das Verstandene in eigenen Worten zurückspiegeln und anhand der Reaktion des Patienten erfassen, wie das Gesagte vom Patienten tatsächlich gemeint ist.

Von den meisten Ihrer Patienten wissen Sie, mit welchem Ohr diese in der Regel besonders empfänglich sind und reagieren intuitiv richtig darauf.

Bei Patienten, mit denen Sie nicht zurecht kommen, fehlt der intuitive Zugang. Hier lohnt sich eine bewusste Analyse:

- Mit welchem Ohr hat der Patient eine bestimmte Botschaft wahrscheinlich empfangen?
- Welches Ohr haben Sie als Arzt in dieser Situation angesprochen, war es das »Richtige«?

Die Körpersprache ist wahr!

Die Gestik der Hände, die Mimik des Gesichtsausdruckes, die Motorik und die Körperhaltung geben wichtige Aufschlüsse darüber, in welcher Beziehung Ihr Gesprächspartner zu Ihnen steht und wie er sich fühlt.

- Lange bevor der Mensch sprechen konnte, hat er sich mit Gesten und Mimik verständigt.
- Körpersprache beherrschen wir alle, die Signale senden und empfangen wir überwiegend unbewusst.
- Passen die Körpersignale nicht zum gesprochenen Wort, zu den mündlichen Ausführungen des Patienten: **vertrauen Sie den Körpersignalen**. Sie spiegeln den eigentlichen Gefühlszustand wider, weil sie sich unserer bewussten Kontrolle in der Regel entziehen.

Befindlichkeit des Patienten wahrnehmen

Sowohl in der **Gesprächseröffnung** als auch im **Verlauf des Gespräches** geben Körpersignale wichtige Hinweise darüber, ob Sie bei Ihrem Patienten »ankommen«. Und nur dann können Sie zu ihm mit »sachlichen« Argumenten durchdringen. Nutzen Sie die Körpersprache, um Kontakt zum Patienten aufzunehmen und zu halten.

Zeichen für Verschlossenheit, Misstrauen, Angst erkennen:

- Verschränkte Arme, zu Fäusten geballte Hände.
- Patient meidet Blickkontakt.
- **Körperachse**: Patient dreht Ihnen die Schulter zu. Schlägt die Beine übereinander und dreht sich von Ihnen weg.
- Händedruck feuchtkalt oder aber locker, ohne Widerstand.
- Der Patient weicht bei der Begrüßung mit dem Körper zurück.
- Stirnrunzeln, Kopfschütteln, teilnahmsloses Gesicht ohne jede Mimik: Zeichen, dass Ihr Patient sich unwohl fühlt. Dass er mit der Situation nicht einverstanden ist.

Vertrauensvolle Atmosphäre schaffen

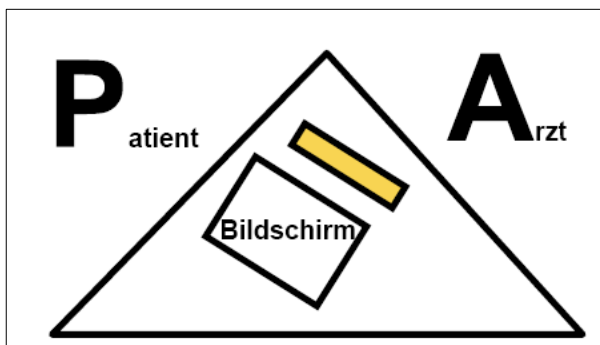
- Blickkontakt suchen, lächeln.
- **Wie reagiert Ihr Gesprächspartner?** Weicht dem Blick aus. Lächelt zurück. Schaut zu Boden.
- Sicherheit ausstrahlen: ruhige, langsame Bewegungen.
- Interesse signalisieren: durch aufmerksames Zuhören, durch **bestätigendes Kopfnicken**, durch sogenanntes »Quittieren«.
- Drehen Sie sich mit der Frontseite Ihres Körpers dem Patienten zu. Legen Sie z. B. die Arme locker und mit den Handflächen nach oben auf Ihren Schoß. Sie signalisieren: *»Ich bin »friedlich«, hab keine Angst.«*
- Pacing: Durch die eigene Körperhaltung den Gesprächspartner lockern. Pacing ist eine Technik des Neurolinguistischen Programmierens (NLP).
Weiterführende Literatur zum Thema NLP (s. 1, 5, 6, 7, 12).

- Sitzposition
- Patientensignale wahrnehmen und selbst gezielt Körpersprache einsetzen

Gesprächssituation so gestalten, dass Sie den Blickkontakt auch im Gespräch halten können:

Wenn Sie Ihren Körper wegdrehen, z. B. um in den Bildschirm zu schauen oder die Tastatur zu bedienen, und sich vom Patienten abwenden, büßen Sie jedes Mal Nähe zum Patienten ein. Die Technik schiebt sich quasi zwischen Sie und Ihren Patienten. »Der schaut ständig nur in den Computer. Der sieht mich doch gar nicht.«

Sitzposition und Anordnung des Computers so wählen, dass Sie Ihre, dem Patienten zugewandte Körperhaltung zur Dokumentation nicht aufgeben müssen. Das ist z. B. möglich, wenn Sie über Eck sitzen (s. Skizze). Der Arzt kann dem Patienten zugewandt bleiben, auch wenn er auf den Bildschirm blickt oder die Tastatur betätigt.



Körpersignale als Steuerhilfen im Gesprächsverlauf einsetzen

- Sprechen Sie direkt an, was anhand der Körpersignale bei Ihnen ankommt.
»Ich habe den Eindruck, Sie zögern noch, Sie sind nicht einverstanden mit meinem Vorschlag?«
- Verwenden Sie dazu Ich-Botschaften, um klar zu machen, dass es sich um Ihre persönliche Wahrnehmung handelt. Vielleicht sind es ganz andere Gründe, warum der Patient mit dem Kopf schüttelt.
- **Fragen Sie**, um sicher zu gehen, dass Sie die Reaktionen richtig deuten und das Gespräch in die richtige Richtung lenken.

Das strukturierte Beratungsgespräch

- Fünf Phasen des strukturierten Beratungsgesprächs

Das strukturierte Beratungsgespräch: fünf Phasen

Die folgende Struktur bietet eine Möglichkeit, die eigenen Gespräche zu reflektieren. Sie gibt Hinweise darauf, wie Sie Patienten besser motivieren können, warum manche Gespräche nicht mit dem gewünschten Erfolg verlaufen.

- Jedes Gespräch kann in fünf Phasen eingeteilt werden.
- Besondere Bedeutung kommt den ersten beiden Phasen (1 und 2) zu. Sie schaffen den Boden für eine vertrauensvolle Gesprächsatmosphäre, sie festigen die Beziehungsebene. Ihr Gesprächspartner öffnet sich und wird zugänglich für den eigentlichen Informationsaustausch.

	Phase	Zielsetzung
	Vorbereitung	Sich auf den Patienten und seine Situation einstellen.
1	Gesprächseinstieg	Vertrauensvolle Atmosphäre schaffen, ungeteilte Aufmerksamkeit auf Patienten lenken.
2	Situationsanalyse	Problemstellung bzw. Bedarf erkennen und die eigene Situationsanalyse mit dem Bild des Patienten abgleichen. Nutzenvorstellung des Patienten kennen lernen.
3	Argumentationsphase	Vor- und Nachteile bestimmter Therapiealternativen vorstellen. Chancen und Risiken erklären.
4	Entscheidungsfindung	Gemeinsame Therapievereinbarung entwickeln.
5	Abschluss	Bestätigen der Entscheidung. Verbindliche Festlegung der nächsten Schritte.

Gesprächsvorbereitung: Sich einstimmen auf den Patienten vor dem eigentlichen Gespräch

- Ein kurzer Blick in die Patientendatei, bevor Sie ins Sprechzimmer eintreten, in dem der Patient sitzt: »*Wer kommt jetzt zu mir? Was weiß ich über diesen Patienten? Wann war er das letzte Mal bei mir, warum? Kenne ich sein familiäres Umfeld? Hobbys, Vereine usw.*«
- Sie haben sich vor dem Gespräch innerlich auf den Patienten eingestellt, das spürt der Patient und fühlt sich ernst genommen.

TIPP: Auch wenn ein Patient selten kommt, können Sie ihn persönlich ansprechen und damit eine positive Atmosphäre schaffen. Notieren Sie dazu bei jedem Patienten z. B. den Wohnort und seinen Beruf in der Patientenakte. »*Herr Müller, was macht Ihr Studium? Sie sind doch in Gießen, oder?*« Er wird sich über Ihre Aufmerksamkeit freuen, sie positiv wahrnehmen. (Führen der Patientenakte: s. Module des Qualitätsmanagements (z. B. QEP, EPA, KTQ)).

... ➔ ...

- Phase 1: Gesprächseinstieg
- Phase 2: Situations- und Bedarfsanalyse

... → ...

Phase 1: Gesprächseinstieg: Positive Atmosphäre schaffen

- Versuchen Sie so freundlich zu sein, als wenn es der erste Patient am Tag wäre und Sie noch voller Energie sind.
- Zum Patienten zugewandte Körperhaltung, Blickkontakt, Lächeln.
- Patienten mit Namen ansprechen.
- Beginnen Sie das Gespräch mit einer **offenen Frage**: »Herr Müller, was führt Sie heute zu mir? Was kann ich heute für Sie tun?«
- Lassen Sie den Patienten sprechen. Lassen Sie ihn erklären, weshalb er kommt.

Untersuchungen zeigen, dass Patienten im Durchschnitt nicht länger als ca. 2 Minuten ununterbrochen reden [15]. Als Therapeut gewinnen Sie in dieser Zeit möglicherweise wichtige Erkenntnisse, die Ihnen die Diagnose später deutlich erleichtern, Ihnen also nicht Zeit wegnehmen, sondern einsparen. Denn: Sie bekommen auch Antworten auf das, was Sie nicht fragen. Wenn Sie ausschließlich konkrete, diagnostische Fragen verwenden, z. B. »Wo tut es weh? Wie lange schon? Was haben Sie dagegen bisher unternommen?« bleiben Ihnen viele, möglicherweise wichtige Informationen verborgen.

Phase 2: Situations- und Bedarfsanalyse: Einfühlsames Verstehen.

In dieser Phase haben Sie die Chance, die Werte- und Nutzensvorstellung Ihres Patienten kennen zu lernen, eine wichtige Voraussetzung dafür, dass Sie später mit dem Patienten die individuell passende Therapie finden.

- Hören Sie zu.
- Unterbrechen Sie den Patienten nicht, solange neue Aspekte angeführt werden.
- Ermuntern Sie ihn durch Nachfragen, seine Ausführungen zu konkretisieren. »Was genau meinen Sie mit müde und abgeschlagen?«
- Vergewissern Sie sich, dass Sie ihn richtig verstehen, indem Sie das Verstandene in Ihren eigenen Worten wiederholen (verbalisieren). »Habe ich Sie richtig verstanden, dass ... , Meinen Sie damit, dass ... Mit anderen Worten finden Sie, dass ...«.
- Fragen Sie, was der Patient von Ihnen und einer Therapie erwartet: »Was würde Ihnen in Ihrer Situation helfen? Was kann ich tun, um Sie in dieser Situation zu unterstützen? Was ist Ihnen dabei besonders wichtig?«

Mit diesem **kooperativen Gesprächsstil** signalisieren Sie, dass Sie Ihren Patienten als Experten für seine Gesundheit wahrnehmen und aktiv einbeziehen. Der Patient trägt die Konsequenz der Therapieentscheidung und hat daher das Recht, zusammen mit Ihnen festzulegen, welche Ziele er im Rahmen der Therapie erreichen möchte. [s. dazu Kapitel Partnerschaftliche Entscheidungsfindung (PEF)].

... → ...

- Phase 3: Argumentationsphase
- Phase 4: Entscheidungsfindung

... → ...

Phase 3: Argumentationsphase: Vor- und Nachteile der Therapieoptionen

- Erklären Sie in **verständlicher Sprache** und unterstützt durch **visuelle Hilfsmittel**, welches weitere Vorgehen Sie nach Analyse der Situation und den individuellen Wünschen des Patienten vorschlagen.
- Zeigen Sie **Lösungsalternativen** auf, die Vor- und Nachteile, die in eine Therapieentscheidung einfließen. Dazu zählt auch die Alternative, abzuwarten und die Symptome zu beobachten.
- **Fragen Sie nach**, was der Patient verstanden hat. Was er von Ihnen als Arzt braucht, um die Therapie zu verstehen und richtig durchzuführen. »*Unter welchen Umständen käme die Therapie für Sie in Frage?*«
- **Gespräch nicht überfrachten**, d. h. Informationsgehalt so beschränken, dass der Patient auch folgen kann, d. h. nicht mehr als drei verschiedene Aspekte ansprechen, vereinbaren Sie ggf. Folgegespräche.

Einen Patienten in die Entscheidungsfindung einzubeziehen, wirkt auf den ersten Blick mühsam und zeitraubend. **Wichtig: Eine schnelle, halberzige Zustimmung des Patienten bringt Sie jedoch nur vordergründig weiter.** In der Annahme, dass die Therapie durchgeführt wird, verlässt der Patient Ihre Praxis. Er kommt wieder, hat die Therapie abgebrochen. Vielleicht hat er die Therapie gar nicht erst begonnen. Sie stehen wieder am selben Punkt, an dem Sie beim letzten Gespräch nicht sorgfältig genug nachgefragt haben.

Zeit- und Ressourcenschonender ist es,

- Vorbehalte zu erkennen, Gründe dafür zu verstehen und mögliche Therapiealternativen anzubieten.
- den Patienten zu überzeugen. Überreden ist zunächst einfacher. Aber nur den überzeugten Patienten gewinnen Sie als Therapiepartner.

Phase 4: Entscheidungsfindung: Gemeinsame Therapievereinbarung

- Einwände erkennen und aufgreifen.
Ist der Patient einverstanden mit Ihrem Vorschlag? »*Wie möchten Sie weiter vorgehen?*«
An der Reaktion darauf erkennen Sie, ob der Patient die Therapie mitträgt oder ob Vorbehalte, Ängste ihn daran hindern. Reaktion des Patienten: »*Gibt es noch etwas anderes? Kann ich mir das noch mal überlegen?*«
- Gründe für Einwände erfragen.
Wenn Sie aufmerksam zuhören und fragen, lernen Sie die Motive kennen für das Zögern: »*Angenommen, die Therapie können wir so durchführen, dass sie schmerzlos für Sie ist. Was wäre für Sie sonst noch wichtig, damit Sie sich für die Therapie entscheiden können?*«

... → ...

... → ...

Phase 5: Abschluss: Bestätigen der Therapieentscheidung. Nächste Schritte planen

- Wiederholen der Therapieziele.
- Dem Patienten die schriftliche, gemeinsam formulierte Therapiezielvereinbarung und den Medikamentenplan mitgeben. *»Haben Sie noch Fragen?«*
- Patienten in seiner Entscheidung bestärken. *»Das ist meiner Meinung nach eine sehr gute Entscheidung, zunächst mit einem leichten Bewegungsprogramm zu beginnen. Beim nächsten Termin erzählen Sie mir, wie Sie mit unserem Plan klar gekommen sind. Ich freue mich über Ihren Erfolg.«*
- Nächste Schritte planen, z. B.: *»Dann sehen wir uns zum Kontrolltermin in 6 Wochen wieder. Bitte lassen Sie sich einen Termin geben zur Therapiekontrolle. Sollten in der Zwischenzeit Fragen auftreten, können Sie mich telefonisch erreichen, oder Sie kommen vorbei.«*

Wichtig:

- Auch mit Patienten, die aufgrund einer chronischen Grunderkrankung regelmäßig in Behandlung sind, jedes Gespräch aufmerksam und bewusst führen. **Bleiben Sie wachsam.**
- Chancen nutzen, dass Sie Veränderungen oder neue Erkrankungen, die mit der eigentlichen Grunderkrankung nichts zu tun haben, auch bei diesen langjährig betreuten Patienten frühzeitig erkennen.

»Ans Ziel kommt nur, wer eines hat.«

Martin Luther

Partizipative Entscheidungsfindung (PEF) = engl. shared decision making

Sie erfordert sowohl von Arzt als auch von Patient

- eine offene innere Grundhaltung.
- den Respekt vor der Entscheidung des jeweils anderen.

Konkret heißt das, den Wunsch des Patienten zu respektieren und trotzdem ansprechbar zu bleiben, wenn sich der Patient später aufgrund seines verschlechterten Allgemeinzustandes für eine Therapie entscheidet. Sind Sie dazu bereit?

Sich frei machen von der eigenen Festgefahrenheit, sich der Gefahr bewusst werden, die darin steckt, Patienten in eine »Schublade« zu stecken, ist eine wichtige Voraussetzung, um erfolgreiche Therapiebündnisse zu schließen, die auf einer partnerschaftlichen Entscheidung basieren.

Wie denken Sie spontan darüber?

»Das kostet mich zu viel Zeit.« oder vielleicht »Was soll das, ich kenne doch meine Patienten und weiß, was ihnen wichtig ist, wie sie behandelt werden wollen.« Dies sind häufige Vorbehalte, die Hausärzte daran hindern, von den Vorteilen der partnerschaftlichen Entscheidungsfindung als Hausarzt zu profitieren.

Die Fakten: Mehrheitlicher Wunsch der Patienten nach Mitsprache [5]

- Die Mehrzahl der Patienten wünscht sich eine aktivere Rolle: will selbst handeln, über die Therapie entscheiden als mündige, gut aufgeklärte Patienten.
- Interesse an Mitsprache ist unabhängig vom Alter und dem Bildungsstand der Patienten.

PEF: Einfluss im Praxisalltag

Bisherige Untersuchungen: Vom Bundesministerium für Gesundheit wurden zehn Modellprojekte initiiert und gefördert, um den Nutzen im Praxisalltag wissenschaftlich zu evaluieren: Wie wirkt sich die PEF auf die Therapietreue und die Arzt- und Patientenzufriedenheit aus?

Bisherige Daten bestätigen den positiven Einfluss der PEF sowohl

- auf die erzielten Therapieergebnisse als auch
- auf die verbesserte Zufriedenheit von Patienten und behandelnden Ärzten:

Gut informierte, aufgeklärte Patienten

- haben realistischere Erwartungen in Bezug auf die Therapieziele. Damit wächst die Zufriedenheit mit den Behandlungsergebnissen.
- beteiligen sich aktiver an der eigenen Behandlung, zeigen eine höhere Therapietreue.

Compliance oder Adherence (engl. für Festhalten, Befolgen)?

Adhärenz, bezeichnet die Einhaltung der gemeinsam von Patient und Arzt gesetzten Therapieziele. Der Begriff ersetzt im angelsächsischen Sprachraum zunehmend den Begriff Compliance (engl. für Einverständnis, Einhalten, Fügsamkeit), der die Einhaltung der Therapievorgaben durch den Patienten bezeichnet und damit eine veraltete Sicht repräsentiert, nach der die Verantwortung für Therapieerfolg oder -versagen einseitig beim Patienten liegt. Auch im deutschen Sprachgebrauch gewinnt der Begriff der Adherence oder Adhärenz zunehmend an Bedeutung.

Hausärzte, die PEF anwenden

- empfinden die Gespräche mit chronisch kranken Patienten als weniger anstrengend.
- erleben seltener negative Gefühle den Patienten gegenüber.

- Formen der Arzt-Patienten-Beziehung
- Ziele der PEF
- Für welche Patienten und in welchen Situationen ist PEF besonders wichtig?

Drei Formen der Arzt-Patienten-Beziehung

Die PEF beruht auf **partnerschaftlichen Arzt-Patienten-Beziehungen**:

- Arzt stellt als medizinischer Berater seine Fachkompetenz zur Verfügung.
- Verhältnis gekennzeichnet von gegenseitigem Respekt, Vertrauen und verantwortlichem Handeln auf Seiten des Arztes und des Patienten.

Paternalistische Arzt-Patienten-Beziehung:

- Arzt betont seine fachliche Autorität und leitet daraus den Anspruch ab, die Therapie im wesentlichen zu bestimmen.

Absolute Patientenautonomie:

- alleine der Patient trifft die Entscheidung und trägt die Verantwortung für sein Handeln.

Ziele der partizipativen Entscheidungsfindung (PEF)

- Höhere Therapietreue von Seiten des Patienten.
- Mehr Zufriedenheit auf Seiten von Arzt und Patient.
- Bessere Behandlungsergebnisse.

Die Mehrzahl Ihrer Patienten wird eine PEF begrüßen

- **Je offener ein therapeutischer Weg** ist, d. h. je weniger evidenzbasierte, eindeutige Daten es zu einem bestimmten Vorgehen gibt, umso wichtiger wird die PEF.
Ein Beispiel: Ob ein Antibiotikum bei einer bakterielle Lungenentzündung oder Tonsillitis angezeigt ist, wird kaum Gegenstand einer ernsthaften Diskussion zwischen Arzt und Patient sein, eine palliativ eingesetzte Misteltherapie bei metastasiertem Mamma-Ca schon.
- **Je bedeutender die persönlichen Einschnitte der Erkrankung** für den Patienten im Alltag sind, umso wichtiger ist es, die Therapieentscheidung gemeinsam mit dem Patienten zu treffen.
Beispiel: Für einen Typ-II Diabetiker ergeben sich weitreichende Veränderungen seiner Lebensgewohnheiten, die er mittragen muss, damit die Therapie erfolgreich sein kann.
- **Präferenz für PEF** ist: abhängig vom individuellen Krankheitsbild.
Einstellung eines Patienten **kann sich im Therapieverlauf ändern**.
Beispiel: Palliativpatienten geben die Verantwortung öfter an ihre behandelnden Ärzte ab. Gefühl der Überforderung, Unsicherheit, Wunsch, alles richtig machen zu wollen.

Partnerschaftliche Entscheidungsfindung

- Voraussetzungen auf Seiten des Arztes
- Voraussetzungen auf Seiten des Patienten
- Wie erkennt man die Präferenz eines Patienten für PEF?

Voraussetzungen auf Seiten des Arztes

- hat eine grundsätzlich positive Einstellung dem Patienten gegenüber, die durch einführendes Verstehen geprägt ist:
»Der Patient ist interessiert an seiner eigenen Gesundheit. Er trägt letztlich die Verantwortung für sein Handeln. Überzeugt und engagiert hilft er mir, die für ihn beste Therapie zu finden, die seine individuelle Wertewelt berücksichtigt, so dass mein Patient motiviert die Therapie trägt und am Therapieerfolg mitarbeitet.«
- erfährt vom Patienten durch aufmerksames Zuhören, durch einfühlsames Vorgehen, durch Rückfragen und Verständnisfragen, was dem Patienten wichtig ist. Er achtet auf die verbalen und non-verbalen Signale.
- stellt das medizinische Vorgehen, die Chancen und Risiken verschiedener Behandlungsoptionen inkl. des abwartenden Offenhaltens, des aufmerksamen Beobachtens und Abwartens dar, in einer für den Patienten verständlichen Sprache.
- verdeutlicht die Risiken so, dass Patienten einen nachvollziehbaren Bezugsrahmen bekommen, z. B. Number Needed to Treat (NNT).
Wie viele Patienten werden behandelt, bis bei einem Patienten ein positiver Effekt erzielt wird?

Voraussetzungen auf Seiten des Patienten

- Der Patient selbst wünscht die PEF.
- Der Patient **ist engagiert und in der Lage**, die Vor- und Nachteile verschiedener **Behandlungswege zu verstehen** und die Konsequenzen seiner Entscheidung zu erfassen.
Kinder, Demenzpatienten: für sie übernehmen die Angehörigen und Betreuer diese Aufgabe.
- **Der Patient** öffnet sich und vermittelt seine Werte- und Nutzensvorstellungen: *Worauf kommt es dem Patienten an? Wie hoch schätzt er z. B. Lebensqualität ein, wie hoch das Überleben an sich? Was ist ihm wichtig?*

Erfahren, wo die Präferenzen des Patienten liegen:

- Durch einfühlsames Nachfragen erkennen Sie an den Reaktionen Ihres Patienten, wie engagiert und selbstbewusst er sich um seine Krankheit kümmert.
A: »Welche Erwartung haben Sie an eine Therapie? Was ist Ihnen besonders wichtig?«
P: »Darüber habe ich noch nicht nachgedacht. Da verlasse ich mich ganz gerne auf Sie, auf Ihre ärztliche Erfahrung.« Oder aber: »Was würden Sie in meiner Situation tun, wenn Sie an meiner Stelle wären? Was passiert, wenn wir erstmal abwarten? Was halten Sie von ...?«

- » Warum visuelle Kommunikationshilfen so wichtig sind

Visuelle Kommunikationshilfen

Der Mensch behält

- 20% von dem, was er hört
- 30% von dem, was er sieht
- 50% von dem, was er sieht und hört
- 70% von dem, worüber er selbst spricht und
- 90% von dem, was er selbst tut



Abb.: »August« – der Augenmensch

Informationen aufnehmen

- sehend über das Auge: 87 %
- hörend über das Ohr: 9 %

Informationen behalten

- sehen: bis 30 %
- hören und sehen: bis 50 %
- hören, sehen und verbalisieren: bis 70 %

Ihr Ziel als Hausarzt:

- Ihr Patient versteht, was Sie sagen.
- Er kann sich an das Gesagte dauerhaft erinnern.
- Er arbeitet gut informiert und motiviert aktiv mit am Therapieerfolg.

Tipp, damit Sie Ihr Ziel besser erreichen:

Wählen Sie parallel mehrere Wahrnehmungsebenen Ihres Patienten!

- Wenn möglich ein Bild oder eine Grafik zur Veranschaulichung des Gesprochenen verwenden.
- Den Patienten die wichtigsten Lerninhalte gegebenenfalls selbst nochmals sprechend wiederholen lassen.

Wenn Sie an dieser Stelle jetzt denken, »das ist albern, ich kann doch nicht für jedes Gespräch eine Zeichnung vorbereiten oder eine Broschüre parat haben, mit der ich meine Erläuterungen unterstütze ...« dann machen Sie sich bitte Folgendes bewusst: Sie verzichten darauf, die evolutionsgeschichtlich tiefe, visuelle Prägung des Menschen therapeutisch zu nutzen. Lassen Sie den visuellen Zugang zum Patienten ungenutzt, brauchen Sie 10-mal soviel Zeit, bis Sie mit Ihrer Botschaft durchdringen. Damit ist der Einsatz visueller Kommunikationshilfen kein Kann, sondern gerade aufgrund der knappen Zeitressourcen in der Hausarztpraxis ein Muss. Der Versuch lohnt sich.

Tipp: Fangen Sie mit einer Indikation an, die viele Ihrer Patienten betrifft, dann ist die Zeitgewinn, den Sie erzielen können, langfristig gesehen besonders hoch.

... → ...

Hilfestellung für die Gesprächsführung

- Warum visuelle Kommunikationshilfen so wichtig sind (Fortsetzung)

... → ...

Konsequenzen für die patientenzentrierte Gesprächsführung

- Sprechende Medizin – d. h. der sprechende Arzt alleine – wird das Verhalten seiner Patienten dauerhaft wenig beeinflussen können.
- »Bildersprache in der Medizin« ist außerordentlich wichtig. Menschen brauchen Bilder und Schemata, um das gesprochene Wort besser verarbeiten und verstehen zu können.
- Zuhörende, zusehende, selbst sprechende Patienten: Sie werden am ehesten zu selbst- und eigenverantwortlich handelnden Patienten.

Kommunikationshürden

Von Ihrer Therapieempfehlung bis zum aktiven, »einsichtig handelnden« Patienten ist es ein weiter Weg.

- Gemeint ist nicht gesagt
- Gesagt ist nicht gehört
- Gehört ist nicht verstanden
- Verstanden ist nicht einverstanden
- Einverstanden ist nicht ausgeführt
- Ausgeführt ist nicht beibehalten

Ob Ihr Patient Sie versteht und in dem, was Sie sagen und empfehlen, für sich persönlich einen Nutzen sieht, entscheidet darüber, ob er motiviert die Therapie durchführt. Es geht um weit mehr, als darum, Patienten zu informieren. Motivation ist der Schlüssel zum eigenverantwortlichen Handeln.

- Einsatz visueller Kommunikationshilfen
- Medikamentenplan

Einsatz visueller Kommunikationshilfen

Verwenden Sie **Bilder**, und sprechen Sie in Bildern, am besten in der Bilderwelt Ihres Patienten! Situationen, in denen die Weichen für den Therapieerfolg gestellt werden:

- Diagnosemitteilung
- Therapieeinleitung
- Therapieführung

Mitteilung der Diagnose

Was ist Typ-2-Diabetes, wie funktioniert z. B. Insulin?

- patientenverständliche, farbige **Schemazeichnung** in eine Folie einschweißen
- mit einem Folienstift Ihre mündlichen Erklärungen durch farbige Markierung verdeutlichen.

Vorteil:

- Sie führen den Patienten durch das Gespräch
- Sie sehen anhand seiner Reaktionen, an Stirnrünzeln oder zustimmendem Nicken, ob er Ihnen folgen kann, wozu er noch Fragen hat und können darauf gezielt reagieren.

Bei der Therapie-Einleitung: Therapieerfolg absichern!

Das Arztgespräch stellt eine besondere Situation dar. Patienten sind in der Regel aufgeregter als sonst. Die Tendenz, etwas Wichtiges zu überhören, ist besonders groß.

Bei jeder neuen Therapieeinstellung: Erstellen Sie für Ihre Patienten einen **Medikamentenplan**:

- **Als klare, schriftliche Anweisungen für Ihre Patienten.** Der Plan hilft, Fehler zu vermeiden, die durch versehentliches Vergessen oder falsches Verstehen leicht auftreten können [14].
- **Als einheitliche Informationsbasis für Pflegedienste oder fachärztliche Kollegen.** Sie stellen sicher, dass eine telefonische Abstimmung mit Ihnen erfolgen kann bei Nachfragen oder wenn die Absicht besteht, eine Therapie zu ändern.

Checkliste für einen Medikamentenplan

Die wichtigsten Informationen übersichtlich und patientenverständlich dargestellt, d. h.

- ausreichend große und gut lesbare Schrift (mind. 14 Pkt.) verwenden
- Größe des Planes, mind. DIN A 5 (sonst geht er leicht verloren)
- Tabellenform schafft Übersichtlichkeit.

Angaben auf dem Plan:

- Medikamentenplan vom (Datum)
- Name des Patienten
- Name des Arzneimittels
- Einzeldosen in mg und in Anzahl Tabletten
- morgens, mittags, abends, nachts (bzw. alle 8 h, alle 12 h, alle 24 h)
- Einnahmehinweise: z. B. zusammen mit reichlich Flüssigkeit, vor oder nach dem Essen.
- Arztstempel – gut lesbar mit der Telefonnummer für Rückfragen.

In der Therapieführung

Ausgangssituation: Sie vermuten bspw., dass Ihr Patient die Tabletten nicht regelmäßig einnimmt, z. B. seinen Lipidsenker.

- Verdeutlichen Sie Ihrem Patienten anhand einer einfachen **Schemazeichnung**, wie sich z. B. die Blutspiegelkurven durch Einnahme einer Tablette verändern.
- Machen Sie klar, dass eine Wirkung nur in einem bestimmten Blutspiegelbereich erzielt werden kann.
- Der Patient versteht, was passiert, wenn er die Tablette einige Tage nicht einnimmt, er kann besser mitarbeiten.

Ihre Aufklärungsgespräche werden vertieft und unterstützt durch regelmäßige Schulungen für Chroniker, z. B. Hypertonieschulung, Asthmaschulung, Diabeteschulung.

- Auf visuell ansprechend aufbereitete, leicht eingängliche Unterlagen achten.
- Interaktiven Austausch mit anderen Betroffenen fördern.
- genügend Zeit für Erfahrungsaustausch einplanen.

Ratgeber gezielt einsetzen

- Den Erfolg Ihres Gespräches verstärken Sie, indem Sie dem Patienten einen **passenden Ratgeber** mitgeben, den er sich in Ruhe zuhause durchlesen kann.
- **Beschränken Sie sich auf** Ratgeber, die Sie **vorher selbst gelesen haben**, bevor Sie diese Ihren Patienten aushändigen. Sie verlieren sonst an Glaubwürdigkeit, wenn Sie bei Nachfragen Ihres Patienten zugeben müssen, dass Sie nicht wissen, welche Empfehlungen im Ratgeber ausgesprochen werden.
»Der weiß ja selbst nicht, was da drin steht. Der gibt mir das mit, und hat es selbst nicht gelesen, dann weiß er doch auch nicht, ob das für mich zutrifft.«

Eine gute Quelle patientenverständlicher, neutraler Patientenratgeber finden Sie zukünftig im Internet unter www.iqwig.de. Die verfügbaren Informationen sind derzeit noch sehr begrenzt.

Jeder Hausarzt hat sie, die »**schwierigen**« **Patienten**. Wie geht man mit ihnen um? Was ist gemeint mit »schwierig«?

- Der **Zettel-Patient**: »stiehlt« Ihnen Zeit.
- Der **Vielredner**: hält sich nicht an das Zeitbudget, schmeißt die Organisation durcheinander.
- Der **Jammerer**: enthält Ihnen die Erfolgserlebnisse vor, braucht zu viele Streicheleinheiten und damit Ihre Energie.
- Der **ängstliche Patient**: hört Ihnen nicht zu. Blockiert die Therapie, ist umständlich.
- Der **aggressive, ägerliche Patient**: behandelt Sie ungerecht und unfreundlich. Er hält Ihnen den Spiegel vor und macht Sie z. B. auf unfreundliche Weise auf organisatorische Defizite aufmerksam, die Ihnen möglicherweise selbst bewusst sind.
- Der **Koryphäen-Killer**: spielt Sie als Mediziner aus, »zeigt Ihnen die lange Nase«.
- Das schwierige Gespräch, bei **schlechter Prognose**: Sie fühlen sich hilflos, weil Ihnen als Arzt nur wenige Therapiemöglichkeiten bleiben.
- Der **Non-Compliance-Patient**: hält sich nicht an Ihre Therapieanweisungen.

Alle Patienten in dieser Aufzählung haben eines gemeinsam: Sie »funktionieren« nicht, wie Sie es erwarten, wie Sie sich das für Ihren geregelten Praxisablauf wünschen.

Ein Wechsel der Perspektive: Hinter dem schwierigen Verhalten der Patienten stehen Motive, Erwartungen Ihrer Patienten, oft nachvollziehbar und vielfach begründet: Wunsch nach mehr Zeit mit dem Arzt, Anerkennung, Zuwendung, berechnete Verärgerung, Unbeholfenheit oder Angst.

So wie Sie selbst für sich in Anspruch nehmen, akzeptiert zu werden mit Ihren Wünschen und

Bedürfnissen, fordern das Ihre Patienten auch. Es kommt zum Zielkonflikt. Gibt es dafür eine Lösung?

Gestehen Sie sich ein:

- Sie können als Hausarzt nicht alle Wünsche und Erwartungen Ihrer Patienten erfüllen.
- Sie sind nicht unfehlbar und können Fehler offen eingestehen, auch vor Ihren Patienten. Mit Fehlern konstruktiv umgehen, hilft Verbesserungspotentiale zu erkennen und Fehler zukünftig zu vermeiden. Indem Sie bereit sind, konstruktive Kritik von Patienten offen anzunehmen, zeigen Sie, dass Sie Ihre Patienten als Therapiepartner akzeptieren, eine wichtige Voraussetzung für die partizipative Entscheidungsfindung. [s. Kapitel PEF].
- Sie können nicht über jede neue Studie informiert sein, die im Internet veröffentlicht ist.
- Sie dürfen Nein sagen und Grenzen aufzeigen, auch wenn das bei Patienten Frustration, Ablehnung, erzeugt, wo Sie wie jeder andere Mensch doch darauf hinwirken, angenommen zu werden.

Ein Beispiel: »*Sie sehen, was heute bei uns los ist. Ich möchte mir gerne Zeit nehmen für Sie, das ist heute nicht möglich. Lassen Sie sich doch einen neuen Termin geben. Ich möchte Sie ungern zwei Stunden warten lassen. Danke für Ihr Verständnis.*«

Positiver Gesprächsabbruch: »*Wir haben in diesem Gespräch viele Ihrer Fragen klären können. Beim nächsten Mal kümmern wir uns um die Punkte, die heute offen geblieben sind.*«

Wer nicht klar genug die eigenen Bedürfnisse signalisiert, kommt leicht »unter die Räder«, erlebt häufiger als notwendig einen der berühmten, kräftezehrenden Chaostage.

- Der Zugang zu schwierigen Patienten
- Der Zettelpatient
- Der Vielredner

Der Zugang zu schwierigen Patienten

Lassen Sie den Patienten erkennen, dass Sie sich in seine Position versetzen können, dass Sie seine Erwartungen kennen und akzeptieren.

Der »Zettel«-Patient

Patienten, die mit einer langen Liste vorbereitet in Ihr Arztzimmer kommen, oder mit einem Stapel von Ausdrucken aus dem Internet, rufen in Ihnen eine innerliche Abwehrreaktion hervor. *»Das Wartezimmer ist voll, der schmeißt mir die ganze Planung durcheinander ...«*

Hinter Ihrer möglichen, inneren Abwehrhaltung dem gut informierten Patienten gegenüber kann gekränkter Stolz stehen *»Der glaubt wohl, alles besser zu wissen. Ich bin doch der Arzt.«*

Machen Sie sich bewusst:

- Der informierte Patient kommt wahrscheinlich in guter Absicht. Er glaubt an Sie, sucht Ihren Rat, sonst würde er Sie mit den Informationen nicht behelligen.
- Geben Sie Ihren Patienten ein positives Signal: *»Ich freue mich, dass Sie so interessiert und engagiert sind. Welche Ihrer Fragen darf ich heute beantworten, was drängt am meisten? Die anderen Fragen besprechen wir beim nächsten Termin, damit andere Patienten auch die Chance haben, heute zu Wort zu kommen.«*
- Patienten, die selbst gut vorbereitet sind, akzeptieren dieses Vorgehen in der Regel.

- Geben Sie von Anfang an das Zeitfenster vor, indem Sie sich auf eine Fragestellung beschränken.
- Stoppen Sie zum richtigen Zeitpunkt. Hat sich der Patient durch Ihre eventuell zögerliche Haltung zu Beginn des Gespräches erst einmal darauf eingestellt, dass er alle Punkte ansprechen kann, wird jede Unterbrechung schwierig. Er glaubt, die Liste heute mit Ihnen abhandeln zu können, und ist dann enttäuscht, weil Sie seine Erwartungen nicht erfüllen können.

Der »Vielredner«

Je früher Sie unterbrechen, desto besser. Erlauben Sie einem Patienten, eine Sache weitschweifig und ausufernd darzustellen und begeben sich in die Rolle des willigen Zuhörers, fällt eine Unterbrechung schwer.

Tipp

- Sprechen Sie den Patienten laut und deutlich mit seinem Namen an, *»Herr Meier, ...darf ich Sie an dieser Stelle unterbrechen und Sie bitten, mir zu helfen: Können Sie Ihre Schmerzen beschreiben?«*
- Machen Sie sich bewusst, warum Ihr Patient ununterbrochen redet? Er hat etwas zu sagen, er will wahrgenommen werden, er strebt nach Anerkennung und Beachtung. Und die geben Sie ihm, indem Sie ihn z. B. um Unterstützung bitten, indem Sie ihn als Person wahrnehmen und ihn laut mit seinem Namen ansprechen.

- Der Jammerer
- Der ängstliche Patient

Der Jammerer

Was verstehen Sie unter Jammerer? Das sind Patienten, die Sie wiederholt mit Problemen konfrontieren, für die Sie als Hausarzt keine Lösung haben, bzw. für deren Lösung Sie nicht verantwortlich sind.

- Vermeiden Sie, ein Problem wiederholt geduldig anzuhören.
- Zeigen Sie deutlich auf, wo Ihre Grenzen liegen. »Ich kann Ihr Problem gut verstehen, Sie wissen sehr genau, dass ich Ihnen dabei leider nicht helfen kann.«
- Fragen Sie konkret, was der Patient von Ihnen erwartet: »Frau Meier, was kann ich heute als Ihr Hausarzt für Sie tun?«

Der ängstliche Patient

»Angst macht **taub** und manchmal auch **blind**.« Mit dem ängstlichen Patienten ist an dieser Stelle nicht der Angstpatient gemeint, sondern der Patient, der sich einer realen Angst gegenüberstellt, z. B. der Angst vor einer bestimmten Diagnose oder einer Behandlung. Der Körper »erstarrt« vor Angst.

- Körpersignale erkennen: Der Patient sitzt zusammengekauert, mit hängenden Schultern vor Ihnen, die Hände zu Fäusten verkrampft, den Kopf gesenkt.
- Ansprache auf der richtigen Ebene: Der ängstliche Patient ist auf seinem Sach-Ohr meistens nicht empfängsbereit. Der Patient richtet einen ängstlichen Appell an Sie: »Hilf mir, ich habe Angst.« Antworten Sie ihm mit Ihrer **Selbstkundgabe**: »Es wird alles gut, ich helfe Ihnen.« Eine sachliche Aufklärung über die Risiken und den Nutzen einer Therapie verhallt in der Regel ungehört.

- Helfen, die Angst zu konkretisieren: Patienten fällt es schwer, ihre Angst zu verbalisieren und zu beschreiben, worauf sich ihre Angst bezieht. »Davor brauchen Sie wirklich keine Angst zu haben.« Dieser Satz ist wenig hilfreich. Finden Sie Ansatzpunkte, um der Angst etwas von ihrer Bedrohlichkeit zu nehmen, z. B. »Was genau macht Ihnen Angst? Was würde Ihnen helfen, damit Sie ruhiger werden können?«
- Sicherheit vermitteln, Vertrauen schaffen, z. B. indem Sie von **positiven Erlebnissen** in ähnlichen Situationen berichten,
 - indem Sie auf Ihre Erfahrungen verweisen. »Einer Patientin in einer ganz ähnlichen Situation hat diese Therapie sehr gut geholfen.«
 - indem Sie Patienten an **Ihren persönlichen Gedanken** teilhaben lassen, ihnen mitteilen, was Sie in einer ähnlichen Situation tun würden. »Ich an Ihrer Stelle würde das auch tun.« Oder: »Ich an Ihrer Stelle würde mich nochmals mit meiner Familie beraten.«

Die Gefahr, dass der ängstliche Patient sich nicht mehr erinnern kann, an das, was Sie im Gespräch gesagt haben, ist groß. Deshalb ganz besonders bei ängstlichen Patienten die **wichtigsten Inhalte des Gespräches schriftlich fixieren und sich versichern, dass die Information angekommen ist, indem Sie den Patienten das Wichtigste in seinen eigenen Worten wiederholen lassen.**

Typische Gesprächssituationen im Praxisalltag

- Der ärgerliche, aggressive Patient
- Der Koryphänenkiller

Der ärgerliche, aggressive Patient

Worüber hat sich der Patient geärgert? Er musste zu lange warten, er wurde unfreundlich behandelt? Er brachte den Ärger schon mit in die Praxis und Sie und das Praxisteam sind eigentlich nur Blitzableiter?

- Bemühen Sie sich besonders freundlich zu sein und schenken Sie dem Patienten Ihre Aufmerksamkeit.
- Spiegeln Sie dem Patienten zurück, wie er auf Sie wirkt. *»Heute war nicht Ihr Tag. Sie haben sich ziemlich geärgert?«*

Bereits diese Aufmerksamkeit wird ihm gut tun. Der Patient spürt, dass Sie sich um ihn kümmern und sieht in der Regel schnell ein, dass es eigentlich ungerecht ist, wenn er Sie und Ihr Team grundlos schlecht behandelt.

Sie bekommen einen Hinweis, warum er ärgerlich oder aggressiv ist. Vielleicht gibt es einen Grund, den Sie oder das Praxisteam zu verantworten haben. Wenn ja, können Sie konstruktiv mit der Kritik umgehen. *»Ich kann Ihren Ärger gut verstehen. Man hat Ihnen gesagt, Sie müßten für die Auffrischimpung nicht lange warten, und jetzt sitzen Sie schon eine halbe Stunde. Entschuldigen Sie bitte, das war unser Fehler.«*

Der Koryphänenkiller

Auch wenn es schwer fällt, den Schmeicheleien des Patienten zu widerstehen. *»Herr Doktor, jetzt können nur noch Sie mir helfen ...«*. Wenn Sie die Erwartungen nicht von Anfang an realistisch definieren, und beim Patienten die Verantwortung am Therapieerfolg nicht beim ersten Gespräch einfordern, landen Sie als Trophäe im Kabinett des Koryphänenkillers.

- Stellen Sie von Anfang an klar, welche Erwartungen Sie an den Patienten haben und schließen Sie einen Kompromiss.
Beispiel: *»Ich kann mir vorstellen, dass Sie große Hoffnungen in mich setzen, nach allem, was Sie schon durchgemacht haben. Sie werden umgekehrt auch verstehen, dass ich Sie als Arzt nur unterstützen kann auf Ihrem Weg, gehen müssen Sie ihn selbst. ... Sind Sie bereit dazu? Dann lassen Sie uns eine Art Behandlungsvertrag schließen...«*

- » Das schwierige Gespräch bei schlechter Prognose

Das schwierige Gespräch

... wenn die Prognose schlecht ist

Wenn nur noch wenige Handlungsoptionen offen sind, fällt ein Gespräch besonders schwer. Mit der Einstellung *»Ich muss doch helfen, ich bin der Arzt.«* bemühen Sie sich als Arzt um Behandlungsmöglichkeiten.

- Bereits das Angebot, Patienten zu begleiten, für sie da zu sein, wirkt sehr entlastend.
- Ansprechbarkeit zu signalisieren ist gerade in diesen schwierigen Situationen besonders wichtig. *»Sie wissen, dass Sie sich mit allen Fragen an mich wenden können, dass ich für Sie da bin.«*
- Viele Patienten sind jetzt auch besonders auf die Unterstützung ihrer Angehörigen angewiesen und möchten sie eingebunden wissen.

[s. auch Leitlinie Palliativmedizin]

Die meisten Patienten wollen Aufklärung

Bei einer aktuellen Untersuchung wollte die Mehrheit der Patienten (64%) auch bei infauster Diagnose umfassende Information [11] von ihrem Arzt. Immerhin knapp 10% der Patienten wollten über ihre Prognose jedoch nichts wissen.

- Ein Angebot für ein Aufklärungsgespräch sollten Sie jedem Patienten machen.
- Der Patient zeigt anhand seiner verbalen und nonverbalen Reaktionen, ob er es wahrnehmen möchte.

Beispiel:

»Mir ist es wichtig als Ihr Arzt mit Ihnen über Ihre Prognose und die Therapiemöglichkeiten zu reden. Ist jetzt ein guter Zeitpunkt dafür?«

Sieht der Patient sich nicht in der Lage, wird er das Gespräch verschieben. *»Nein, im Moment kann ich das nicht verarbeiten«* *»Das Gespräch kann ich jetzt nicht führen. Ich brauche Zeit und Ruhe.«* *»Vielleicht später, ich bin müde.«* Oder: *»Jetzt nicht, ich hätte gerne meine Tochter beim Gespräch dabei.«* oder aber: *»Ja, sagen Sie, wie sieht es aus?«*

Aufmerksames Beobachten und Abwarten als Therapiealternative vorstellen

- Abwarten und Symptome kontrollieren ist in der Palliativsituation oft eine gleichberechtigte Option zu anderen Therapiealternativen.
- Abwarten als »Nichtstun« zu bezeichnen, stößt bei vielen Patienten und Angehörigen auf Ablehnung, wird nicht akzeptiert. *»Wir können diese oder jene Therapie durchführen. Sonst gibt es leider nichts mehr, was wir tun können.«*
Alternativ: *»Eine weitere Alternative ist es, zunächst abzuwarten, wie sich die Krankheit und die Symptome entwickeln. Wir kontrollieren die Symptome, den Schmerz und die Übelkeit. Wir verzichten auf die Chemotherapie.«*

Auch in anderen Situationen, in denen Patienten beim Praxisbesuch enttäuscht reagieren, wenn Sie z. B. als Hausarzt *»nichts verordnen«*, kann die Ursache der Enttäuschung in der Art und Weise liegen, wie Sie als Hausarzt diese Therapie *»verkauft«* haben.

Typische Gesprächssituationen im Praxisalltag

- Der Non-Compliance Patient
- Der Weg zum einsichtigen Patienten: 4 Schritte
- Schritt 1: Schulungsbedarf erkennen

Der Non-Compliance Patient

Warum hält sich dieser Patient nicht an Ihre Therapieanweisungen?

Angst ist ein schlechter Motivationsfaktor.

Angst vor Herzinfarkt, Angst vor Nierenversagen, Angst vor Beinamputationen: Patienten kennen die negativen Folgen ihres Fehlverhaltens. Aus eigener Kraft sind sie oft nicht in der Lage, ihren Lebensstil zu ändern. Die ärztlichen Appelle, sich mehr zu bewegen und sich gesünder zu ernähren, die Hochdrucktabletten regelmäßig einzunehmen, prallen an den Patienten ab.

Ein partnerschaftliches Therapiebündnis ist wichtig.

Denn:

- Ohne Mitsprache bestimmt der Patient Sie als Hausarzt zum Experten seiner Krankheit.
- Ihr Patient delegiert die Verantwortung für seine Krankheit an Sie.
- Sie machen im Gegenzug den Patienten für das Scheitern der Therapie verantwortlich, weil er Ihren Empfehlungen nicht folgt.
- Therapeutisch treten Sie und der Patient auf der Stelle.

Der Weg zum einsichtigen Patienten

Schritt 1: Schulungsbedarf erkennen, Verständnislücken ermitteln.

Beispiel: Hypertoniker

- Weiß Ihr Patient, was in seinem Körper passiert? Kennt er z. B. die Zusammenhänge zwischen Übergewicht, Rauchen, Bewegung und seiner Hypertonie?
- Könnte er Ihnen erklären, wodurch sich der Blutdruck in seinen Gefäßen erhöht und welche Folgen das für ihn hat?
- Fragen Sie, wie er z. B. einem Außerirdischen seinen Bluthochdruck erklären würde? Sie erfahren, in welchen Bildern Ihr Patient denkt und können diese Bilder in Ihrer eigenen Argumentation einbauen: »Sind Sie zu Fuß gekommen oder mit dem Auto?« ... »Schade, da haben Sie die Venenpumpen in Ihren Beinen heute nicht trainiert, die Gefäße wollen doch elastisch bleiben ...«

Wenn der **Patient** seine Krankheit in seinen eigenen Worten erklären kann, dann **hat** er sie **verstanden**, eine erste und wichtige Voraussetzung dafür, im Therapieverlauf auch Verantwortung zu übernehmen.

Einige Hinweise zur Unterstützung verordnungsgemäßer Arzneimittelanwendung finden Sie im Anhang.

... → ...

... → ...

Schritt 2: Zielvorstellung des Patienten erkennen und fixieren.

- Lassen Sie Ihren Patienten selbst eine Lösung für seine Situation entwickeln. Der Patient formuliert einen Weg und ein Ziel, sein Ziel. Die Wahrscheinlichkeit, dass er dafür die Verantwortung übernimmt, wächst, die Chance, dass er erfolgreich sein wird, ebenfalls.
- Therapieziel formulieren: realistisch, messbar, konkret.

Ein Beispiel: »Ich will öfter spazieren gehen.«

Dieser Aussage fehlen wesentliche Parameter eines Therapiezieles. Besser formuliert: **»Mein Ziel ist, jeden Tag nach dem Abendessen gegen 18.00 Uhr die Strecke zur Post und zurück zu laufen. Das sind ca. 10 Minuten. Ich beginne damit am 1.04.2006 und werde das bis zum 1.05.2006 durchhalten. Dann habe ich mein Ziel erreicht und belohne mich. Ich kaufe mir den neuen Sonderbriefmarkensatz, der im Mai erscheint.«**

- Gemeinsam mit dem Patienten halten Sie die Lösung fest, beschreiben das weitere Vorgehen, das die individuellen Wünsche und Wertevorstellungen des Patienten berücksichtigt.
- Lassen Sie den Patienten seine Ziele aufschreiben. Das erhöht die Verbindlichkeit.
- Legen Sie eine Kopie der Patientenzielvereinbarung in die Patientenunterlagen und besprechen Sie mit dem Patienten beim nächsten Besuch, wie weit das Ziel erreicht wurde.

... → ...

- Schritt 3: Therapie an Wunschvorstellung orientiert festlegen

... → ...

Schritt Nr. 3: Therapeutische Notwendigkeiten und Wünsche des Patienten an seine Lebensführung schrittweise und langsam zur Deckung bringen.

Führen Sie sich die Ausgangsposition des Patienten vor Augen:

- Mehr Sport zu treiben und Diät zu halten sind Ziele, die der persönlichen Nutzenvorstellung der meisten Patienten widersprechen.
- Die Lust an Bewegung und Mobilität ist »verschüttet«. Die Motivationshürde, Sport zu treiben oder eine Diät einzuhalten, ist zu hoch.
- Ihre Empfehlungen bedeuten Einschränkung: Sie nehmen dem Patienten Lebensqualität. Im Austausch dafür stellen Sie dem Patienten ein »unkonkretes« Fernziel in Aussicht: z. B. das Risiko sinkt, sekundäre Spätfolgen zu entwickeln!
- Blutdrucktabletten regelmäßig einzunehmen, wenn man sich eigentlich gesund fühlt, ist schwierig.

Deshalb: **Etappenziele definieren:** kleine Teilschritte motivieren. Herausfinden, **welche Bedürfnisse der Patient** hat und wie Sie diese mit Ihrer Agenda als Therapeut in Einklang bringen können. »*Woran haben Sie denn Freude? Was machen Sie besonders gerne?*« Vielleicht kommt dann »*Skat spielen mit meinen Freunden.*« »*Gehen Sie doch zukünftig zu Fuß zu Ihrer Skatrunde.*«

Ein Beispiel: Ältere Menschen sind oft einsam. Wenn Bewegung z. B. »im Gepäck« mit Geselligkeit präsentiert wird, steigen die Chancen, dass der Patient einen persönlichen Gewinn darin sieht. Schlagen Sie der 65-jährigen Diabetikerin z. B. vor, sich einem Wanderverein anzuschließen. Am besten geben Sie ihr gleich eine Telefonnummer mit, damit der gute Wille dann nicht an der prak-

tischen Umsetzung scheitert. Die neu gewonnene Lebensfreude und die gesteigerte Aktivität führen automatisch zu mehr Bewegung, das körperliche Wohlbefinden steigt. Ein Erfolgserlebnis, das dazu motiviert, weiter zu gehen auf diesem Weg.

Ziele positiv formulieren: Nicht: »*Sie dürfen nicht mehr..., Sie müssen..., Sie sollen nicht mehr...*« Nehmen Sie dem Patienten nicht etwas weg, das ruft Widerstände hervor.

Betonen Sie, was er bekommt, welche Dinge er auch zukünftig tun kann, warum es sich lohnt, sich Therapieziele zu setzen und diese auch zu erreichen: »*Ihnen sind doch die Reisen mit Ihrer Frau sehr wichtig. Daran wollen Sie doch noch lange Spaß haben.*«

Wichtige und häufige Nebenwirkungen einer Therapie erklären!

- Beschreiben Sie das Risiko oder eine potenzielle Gefahr patientenverständlich anhand eines **Bildes** aus der Erfahrungswelt des Patienten, z. B. »*die Gefahr, dass der Airbag in Ihrem Auto unkontrolliert ausgelöst wird und Sie verletzt, ist jederzeit gegeben. Dieser Fehler kommt sehr selten vor. Würden Sie deshalb auf ein Sicherheitspaket in Ihrem Auto verzichten?*«
- Ansprechbarkeit signalisieren, Sicherheit vermitteln. »*Wenn ich bis ... nichts von Ihnen gehört habe, dann gehe ich davon aus, dass Sie das Medikament gut vertragen haben.*«
- Fragen, die Sie nicht besprochen haben, Risiken, die Sie nicht erklärt haben, können Ihre Therapieanweisungen gefährden und den Erfolg Ihres Beratungsgesprächs zunichte machen: Der Patient verweigert die Therapie, oder er beginnt sie zögerlich und bricht sie bei den ersten Anzeichen einer Unpässlichkeit ab. »*Diese Tabletten vertragen ich nicht.*«

... → ...

... → ...

Schritt 4: Erfolge und Rückschläge erfassen und besprechen.

Lebensgewohnheiten zu verändern, benötigt viel Kraft und Ausdauer. Auch Tabletten einzunehmen gegen eine Erkrankung, die schmerzlos fortschreitet, die den Patienten nicht belasten, wie im Fall der Hypertonie.

Ihr Patient braucht Ihre Unterstützung.

- Regelmäßige Therapiebesprechungen: Sie zeigen Ihrem Patienten, dass Sie sich kümmern, dass Sie interessiert daran sind, welche Fortschritte er macht oder wo Probleme auftauchen.
- Lob, auch für kleine Teilschritte: Bestätigen Sie Ihre Patienten auf dem Weg.

Umgang mit Misserfolgen oder Rückschlägen: Vorsicht Falle!

- Verzicht auf die »Schuldfrage«. Ihr Patient wird Rückschläge erleiden, z. B. wieder an Gewicht zunehmen oder durch eine schlechte Stoffwechseleinstellung demonstrieren, dass er die Therapieziele vernachlässigt. »*Warum haben Sie nicht wie vereinbart die Diät weitergeführt?*« Sie bringen den Patienten in eine Rechtfertigungshaltung, er fühlt sich unwohl, wird demotiviert.
- Sprechen Sie »Verfehlungen« direkt an. Ihr Patient fühlt sich sonst vernachlässigt. »*Meine Probleme interessieren Sie ja nicht einmal!*«
- Nicht zu viel Verständnis zeigen. Der Patient nimmt Sie als Therapeut sonst nicht mehr ernst: »*Er ist kein guter Arzt, er lässt einem alles durchgehen.*«

Tipp: Die Geschichte vom Sieg mit dem inneren Schweinehund. Legen Sie sich eine Geschichte parat, die primär nichts mit der Situation des Patienten zu tun hat. Sie klagt nicht an, sie verletzt nicht, sie zeigt, wie es anderen geht, und endet mit dem Fazit, dass man es schaffen kann, auch wenn es schwer fällt, z. B. »*Ich selbst komme oft wochenlang nicht zum Lesen meiner Fachzeitschriften. Nach einigen Tagen türmen sich die Zeitschriften auf meinem Schreibtisch. Doch jetzt habe ich mir fest vorgenommen, es gar nicht erst so weit kommen zu lassen. Jeden Freitagnachmittag habe ich eine halbe Stunde dafür reserviert, die Stapel abzuarbeiten. Das klappt jetzt schon vier Wochen. Es ist toll, das Gefühl zu haben, auf dem Laufenden zu sein. Das funktioniert richtig gut. Mein Schreibtisch ist aufgeräumt, und ich fühle mich gut... Ich bin sicher, auch Sie bekommen wieder die Kurve!*«

- Fragen Sie konstruktiv nach Hilfestellung und machen Sie Angebote. Wie könnte der Patient seiner Meinung nach zukünftig das Problem besser bewältigen. »*An welchem Punkt fiel es Ihnen besonders schwer, sich für den täglichen Spaziergang zu entscheiden? Was könnte Ihnen in dieser Situation helfen?*« oder »*Was hindert Sie daran, Ihre Blutdrucktabletten regelmäßig einzunehmen?*«

- Allgemein
- Überweisung

Gespräche mit anderen Professionellen

- Facharzt
- Apotheker
- Pflegedienst
- Klinikarzt

Allgemein

Die wertschätzende Grundeinstellung ist die Basis eines jeden Gespräches, egal ob es sich um Ihren Patienten, den Facharzt, den Kliniker oder den Apotheker handelt oder eine Pflegekraft des ambulanten Pflegedienstes. Führen Sie sich vor einem Gespräch vor Augen, dass

- Ihr Kollege kompetent ist.
- mit Ihnen gemeinsam an dem Ziel arbeitet, Ihren Patienten medizinisch gut zu versorgen.
- ein Mensch ist mit Stärken und Schwächen.

Wenn Sie ihn kennen und nicht mögen:

- Versuchen Sie, vor dem Telefonat drei positive Eigenschaften des Kollegen zu formulieren. Was gefällt Ihnen an dem Kollegen, was macht er gut? Das wirkt Wunder!
- Arbeit in interdisziplinären Zirkeln: guter Weg, das Vertrauen zueinander aufzubauen, Erwartungen auszutauschen und sich auf gemeinsame Therapiestrategien zu verständigen.

Quellen für Missverständnisse

Die Überweisung

Viele Patienten geben an, nicht zu wissen, warum ihr Hausarzt sie zum Spezialisten überweist. Dahinter steckt in der Regel keine böse Absicht. Angst, Nervosität, medizinische Unkenntnis führen dazu, dass Patienten Ihre Worte und Erklärungen nicht erinnern oder nicht wiedergeben können.

Überlassen Sie nichts dem Zufall

Die ärztlich veranlasste Überweisung soll unbedingt eine präzise, kurze Fragestellung enthalten. Wenn möglich, geben Sie die relevanten Befunde mit.

Stellen Sie sich die Situation Ihres fachärztlichen Kollegen vor. Als Überweisungsgrund wird z. B. »Herz« angegeben. Der Kollege ärgert sich über diese unpräzise Handlungsanweisung.

Reaktion des Kardiologen: In dem Arztbrief, den er dem Hausarzt schreibt, wiederholt er deshalb den Überweisungsgrund »Herz«, um so indirekt auf seine schwierige Position aufmerksam zu machen und für Verständnis zu werben.

- Arztbrief
- Pflegedienst

Arztbriefe

Der Patient kommt in Ihre Praxis, der Arztbrief mit dem Befund vom Facharzt ist noch nicht eingetroffen. Sie ärgern sich.

- Werben Sie bei Ihrem Kollegen um Verständnis für Ihre Situation. *»Ich freue mich natürlich, wenn ich alle Informationen habe, wenn/sobald der Patient zum Nachbesuch kommt. Ich wünsche mir deshalb, dass der Arztbrief möglichst rasch vorliegt. Das können Sie sicher verstehen.«*
- Zeigen Sie Verständnis für seine Situation. *»Ich weiß natürlich, wie hektisch es manchmal zugehen kann. Da kann das eine oder andere schon mal liegen bleiben. Das ist bei mir auch nicht anders.«*
- Eine gute Beziehungsebene ist die Voraussetzung dafür, dass der Informationsaustausch auf der Sachebene funktionieren kann.

Deshalb:

Bemühen Sie sich um ein kollegiales Verhältnis:

- Greifen Sie im Zweifel am besten zum Hörer.
- Missverständnisse im persönlichen Gespräch aufklären.
- Interesse zeigen an Ihrem Gesprächspartner: sich persönlich mit ihm auseinander setzen, damit er sich respektiert und anerkannt fühlt.

- Erwartungen und Wünsche an eine Zusammenarbeit am besten in einem persönlichen Telefonat klären: Wann wünschen Sie im Sinne einer guten Zusammenarbeit den Arztbrief?
- Probleme direkt angehen, Ärger nicht aufstauen lassen.
- Wichtig: Bei Fehlern oder Versäumnissen ist die Warum-Frage wenig förderlich. Sie klagt an, sie führt zu einer Verteidigungshaltung bei Ihrem Gesprächspartner. Ihre Frage ist besser vorwärts gerichtet: *»Wie können wir das Ihrer Meinung nach zukünftig besser machen?«*
- Formulieren Sie Ich-Botschaften: *»Ich wünsche mir natürlich, dass die Arztbriefe vorliegen, bevor der Patient wieder zu mir in die Praxis kommt. Was kann ich selbst dazu beitragen?«*

Pflegedienste

Auch hier gilt: eine gesunde Beziehungsebene ist die Basis einer guten Zusammenarbeit.

- Pflegedienste, mit denen Sie zusammenarbeiten, kennen Sie im besten Fall persönlich.
- Anweisung an den Pflegedienst: immer schriftlich. Dies vermeidet Verständigungsfehler.

- Analyse des eigenen Kommunikationstyps und des eigenen Gesprächsverhaltens

Kommunikation ist ein kontinuierlicher Lernprozess,

- der vom ständigen Feedback lebt [s. Qualitätskontrolle],
- der es erfordert, die eigenen Kommunikationsmuster selbstkritisch zu reflektieren,
- für den es Offenheit braucht, sich der eigenen »blinden Flecke« bewusst zu werden, das eigene Gesprächsverhalten kritisch und konstruktiv zu analysieren.

»Ich will ab morgen besser kommunizieren«:

Mit diesem »frommen« Wunsch wird Ihr Bemühen scheitern. Konzentrieren Sie sich bewusst auf einige wenige, ganz konkrete Aspekte, von denen Sie kurzfristig positive Ergebnisse erwarten.

Ein Beispiel: *»Ich werde in der Führung meiner Typ-2-Diabetiker in den Gesprächen visuelle Erklärungshilfen verwenden. Dazu suche ich mir geeignete Abbildungen. Diese schneide ich in eine Folie ein und lege sie mir griffbereit ins Sprechzimmer. Ich beginne damit am 1.05.2006. Am 1.08.2006 ziehe ich ein Fazit. Bei wie vielen meiner Patienten hat sich die Compliance verbessert?«*

Analyse des eigenen Kommunikationstyps und des eigenen Gesprächsverhaltens

Überlegen Sie,

- mit welcher »Zunge« Sie überwiegend sprechen,
- auf welchem Ohr Sie gut erreichbar sind?

Fragen Sie Vertrauenspersonen, Ihren Ehepartner, einen Freund, befreundete Kollegen, ob sie Ihre Einschätzung teilen. Machen Sie sich die Gefahren bewußt, die in einer Überbetonung eines bestimmten Kommunikationstypus liegen können.

Welche verschiedenen Kommunikationstypen es gibt, und welche Chancen und Risiken sich in der Kommunikation daraus ableiten, lesen Sie im Kapitel *»Hausärztliche Gesprächsführung: Verschiedene Patiententypen, verschiedene Zugangsmöglichkeiten.«*

- Fragenkatalog: Hilfestellung für die Reflexion von Gesprächssituationen
- Gesprächseinstieg
- Situationsanalyse
- Kooperativer Gesprächsstil

Jeder Hausarzt kennt die Gespräche, die man am Ende eines Praxistages mit nach Hause nimmt, die einem beschäftigen, weil man mit dem Ausgang unzufrieden ist, weil man sich z. B. über die Reaktion eines Patienten geärgert hat oder sie nicht verstehen kann. In diesen Situationen kann es hilfreich sein, sich anhand des folgenden Fragenkataloges das eigene Verhalten in dem besagtem Gespräch nochmals vor Augen zu führen. Ziel ist es, Ursachen und Quellen für Missverständnisse zu erkennen und Lösungswege zu entwickeln.

Fragenkatalog

Überlegen Sie anhand der folgenden Fragen, wie Sie auf Ihren Patienten zugegangen sind.

Gesprächseinstieg

- War ich gut vorbereitet auf das Gespräch? Kannte ich den Anlass des Besuches? Habe ich mich auf den Patienten innerlich eingestellt?
- Was habe ich getan, um eine positive Atmosphäre zu schaffen? Wieviel Zeit habe ich mir dafür genommen? Habe ich bewußt auf die Körpersignale des Patienten geachtet?

Situationsanalyse im Beratungsgespräch

- Habe ich offene Fragen gestellt? Habe ich den Patienten ausreden lassen? Nach welcher Zeit habe ich ihn unterbrochen? Wie lange habe ich geredet, wie lange der Patient?
- Habe ich darauf geachtet, in welchen Bildern der Patient spricht? Habe ich versucht, diese Bilder aufzugreifen in meinen Erklärungen?
- Habe ich durch Nachfragen sicher gestellt, dass ich den Patienten richtig verstanden habe und dass ich seine non-verbale Signale richtig interpretiert habe?
- Habe ich ihm im Zweifelsfall in meinen eigenen Worten gesagt, was bei mir angekommen ist?

Kooperativer Gesprächsstil

- Habe ich die Eigeninitiative des Patienten aktiv gefördert, den Patienten ermuntert, Fragen zu stellen, einzuhaken und nachzufragen, wenn etwas unklar war?
- Habe ich bewußt nach seinen Vorstellungen gefragt, wie seiner Meinung nach die Lösung seines Problems aussehen könnte?
- Habe ich die Möglichkeiten eines Patienten, seinen Lebensstil ändern zu wollen und zu können, richtig eingeschätzt, dies durch konkretes Nachfragen geklärt?
- Habe ich die Wünsche und Erwartungen des Patienten aufgegriffen und die Therapieziele gemeinsam mit dem Patienten daran ausgerichtet?
- Habe ich ihn gefragt, was ihn an der Erfüllung der Therapieziele hindert, wie ich ihm seiner Meinung nach helfen kann?
- Habe ich die Ziele so gesetzt, dass sie konkret, realistisch und messbar sind? Habe ich sie gemeinsam mit dem Patienten schriftlich fixiert?
- Habe ich die Schritte zur Erreichung der Ziele festgelegt, Etappenziele mit dem Patienten vereinbart?
- Habe ich dafür gesorgt, dass auf Seiten des Patienten Klarheit darüber herrscht, was ich von ihm erwarte? Habe ich klar zum Ausdruck gebracht, was er von mir erwarten kann und was nicht?

... → ...

Reflexion des eigenen Kommunikationsverhaltens

- Klare, positive Sprache
- Zielverfolgung
- Grenzen der Selbstanalyse

... → ...

Klare, positive Sprache

Bildersprache statt »Fachchinesisch«, Lateinisch, Englisch, Abkürzungen.

- Habe ich mich klar und verständlich ausgedrückt? Habe ich auf Fachbegriffe und Abkürzungen verzichtet oder sie nur verwendet, wenn ich sie anschließend »übersetzt« und erklärt habe?
- Habe ich sprachliche Bilder genutzt, um meine Erklärungen zu verdeutlichen?
- Habe ich visuelle Erklärungshilfen, Broschüren, Diagnose-Schemata, Abbildungen verwendet, um meine mündlichen Ausführungen zu verdeutlichen?
- Habe ich im Gespräch die nonverbalen Signale von Unsicherheit, Unverständnis oder Zweifel aufmerksam verfolgt und geprüft, ob der Patient mir folgen kann?

Zielverfolgung in der Therapieführung

- Habe ich konsequent an die Zielvereinbarungen angeknüpft, die ich mit dem Patienten getroffen habe?
- Habe ich versucht, den Patienten zu motivieren? Habe ich versucht, den Patienten zu loben, z. B. für regelmäßig gute Therapieführung? Habe ich bei Rückschlägen auf die Warum-Frage verzichtet, um dem Patienten eine Rechtfertigungssituation zu ersparen? Habe ich aktiv nach Ansatzpunkten gesucht, um bei Fehlschlägen konkrete Unterstützung anbieten zu können?

Grenzen der Selbstanalyse

Ist es überhaupt möglich, das eigene Kommunikationsverhalten selbstkritisch zu reflektieren und Veränderungspotentiale aus eigener Kraft auszuschöpfen?

Die oben aufgeführten Fragen sind lediglich als Anregung zu verstehen. Für eine vertiefende Selbstreflexion verweisen wir auf Balintgruppen. Wertvolle Hinweise, wie Patienten das ärztliche Kommunikationsverhalten erleben, können Patientenfragebogen geben. Ein Beispiel für einen Frauenfragebogen finden Sie im Anhang.

- » Feedbacksysteme: Allgemeines
- » »Kummerkasten«

Feedbacksystem etablieren – Chance im Praxisteam zu wachsen

Wer gibt Ihnen im Praxisalltag ungefragt ein offenes Feedback?

- Patienten, die zufrieden sind, kommen wieder. Ein stummes Zeichen der Anerkennung.
- Patienten, die Sie nicht »erreicht« haben, bleiben der Praxis fern, suchen sich einen anderen Arzt.
- Mitarbeiter fühlen sich oft nicht in der Lage, ihre Vorgesetzten direkt zu kritisieren.

Gute Gründe, ein Feedbacksystem zu etablieren

- Um **Feedback zu systematisieren**: Sie überlassen es nicht dem Zufall, ob und welche Kritik bei Ihnen ankommt.
- Um offenen **Meinungs- und Erfahrungsaustausch** aktiv zu fördern: Sie geben jedem in Ihrer Praxis die Chance, sich in geschütztem Rahmen anonym zu äußern.
- Um sowohl von Patienten als auch Mitarbeiter **konkrete Vorschläge** zu bekommen, wie der Praxisablauf verbessert und die Patientenzufriedenheit und das Arbeitsklima optimiert werden können.
- Um **Probleme zu erkennen**, offen ansprechen und gemeinsam im Team an einer Lösung arbeiten zu können.
- Um die **eigene Einschätzung mit der Fremdeinschätzung von Patienten oder Mitarbeitern abzugleichen** und damit mehr zu erfahren über die eigenen »blinden« Flecken

Zwei Methoden, um systematisch Feedback zu erhalten:

- »Kummerkasten«
- Patientenbefragung

Praktische Tipps für die Etablierung eines »Kummerkastens«

- Machen Sie bekannt, warum Sie den Kummerkasten einführen: Ihren Mitarbeitern, Ihren Patienten, z. B. mit einem Aufsteller am Empfang, einem Infoplatz im Wartezimmer.
- Hängen Sie den Kasten an einen gut zugänglichen, »unbeobachteten« Platz. Sie bieten Ihren Patienten den Schutz der Anonymität.
- Leeren Sie den Kasten regelmäßig, am besten vor Ihren Teambesprechungen. Ein Teammitglied berichtet kurz. Sie besprechen Lösungsmöglichkeiten, verteilen die Aufgaben.
- Informieren Sie Ihre Patienten über die Beteiligungsquote und über die Konsequenzen, die Sie und das Praxisteam aus den Anregungen gezogen haben. Das motiviert Ihre Patienten, sich an Ihrem »Vorschlagssystem« weiterhin zu beteiligen.

Wie nennen Sie das »Kind«?

- Überlegen Sie gut, wie Sie Ihren »Kasten« nennen: *Kreativkasten, Lob und Tadel, Ihre Rückmeldungen und Anregungen, Anregungen und Ideen*. Denn: Sie sind an konstruktiver Kritik interessiert, an Lösungen und Vorschlägen, wie man Probleme angehen kann. Mit der Bezeichnung »Kummerkasten« gelangen Sie schnell in eine Meckerecke, in der sich Nörgler austoben.

Entdecken Sie Ihre Mitarbeiter und Patienten als kreative Quellen

- die Ihnen helfen, Lösungen zu entwickeln für Ihre Praxis,
- die motiviert mitarbeiten, weil Sie um ihre Meinung bitten.

- Patientenbefragung
- Evaluation

Patientenbefragungen

Sie können allgemeine Aspekte erfragen, wie z. B. die Zufriedenheit mit der Freundlichkeit des Personals, der Sauberkeit, der Erreichbarkeit Ihrer Praxis etc. oder aber bestimmte Leistungen in den Fokus Ihrer Befragung stellen, z. B. Ihr Beratungsgespräch.

Folgende Kriterien soll der Fragebogen erfüllen:

- **Aussagekräftig** im Hinblick auf die zu beurteilenden Parameter, z. B. Ihre ärztliche Gesprächskompetenz.
- Schnell und einfach auszufüllen vom Patienten. Halten Sie den **Fragebogen kurz**: Mit mehr als einer Seite überfordern Sie die Geduld und senken die Rücklaufquote. Wenn Sie viele Fragen haben, setzen Sie mehrere Fragebogen ein.
- **Schnell auswertbar**. Geben Sie Fragen mit Auswahlmöglichkeiten vor zum einfachen Ankreuzen. Dann können Sie die Ergebnisse auch quantifizieren.

Zusätzlich Textfelder mit Freitext anbieten: So bekommen Sie eventuell den ein oder anderen Tipp, z. B. »Was ich Ihnen sonst noch gerne mitteilen möchte.....«

Allgemein gilt, dass sich Ihre Patienten freuen,

- wenn ihre Meinung zählt und sie gefragt werden, was ihnen wichtig ist.
- wenn sie das Ergebnis der Umfrage erfahren: Welche Konsequenzen, konkreten Aktionen haben Sie aus der Umfrage abgeleitet? Bleibt die Aktion unkommentiert, sinkt die Bereitschaft Ihrer Patienten, sich erneut an einer Umfrage zu beteiligen.

Implementierung der Leitlinie – Auswirkungen im Praxisalltag?

Sie wenden die vorliegende Leitlinie zur Gesprächsführung im Praxisalltag an. Dadurch werden sich verschiedene Parameter der Arzt-Patienten-Beziehung und auch der Beziehung zu Kollegen und Mitarbeitern verändern. Um einige dieser Veränderungen zu quantifizieren, eignet sich z. B. eine Patientenbefragung.

Konzentrieren Sie sich dabei auf einen wesentlichen Aspekt Ihrer Patientenkommunikation: Das Beratungsgespräch. Erfassen Sie, wie sich die Zufriedenheit Ihrer Patienten mit den Beratungsgesprächen verändert:

- wenn sich Patienten besser verstanden fühlen, sind sie zufriedener. Das werden Sie in der Befragung zum Ausdruck bringen.
- wenn Sie als Arzt Verständigungsfehler vermeiden, erzielen Sie bessere Ergebnisse und Sie selbst werden zufriedener.

Evaluation

- Erfassen Sie den Status Quo vor der Implementierung der Leitlinie: Zufriedenheit Ihrer Patienten mit dem Beratungsgespräch.
- Wiederholen Sie die Befragung in Ihrer Praxis in einem zeitlichen Abstand von ca. 12 Monaten.
- Erfassen Sie, ob und welche Veränderungen sich ergeben haben.

Im Anhang finden Sie einen Fragebogen zur Beurteilung des Beratungsgesprächs durch den Patienten. Hinweise zu Aspekten, die Patienten bei einem Arztbesuch wichtig sind, erhalten Sie auch durch die Checkliste »Woran erkennt man eine gute Arztpraxis« des ÄZQ [1].

- Haltung statt Technik
- Der Mensch denkt in Bildern
- 4 Ebenen einer Nachricht

Patientenkommunikation verbessern, lohnt sich!

Mit Hilfe der patientenzentrierten Gesprächsführung in der hausärztlichen Praxis gelingt es,

- die Therapietreue von Patienten zu verbessern,
- die Zufriedenheit von Patienten zu verbessern,
- die eigene Arbeitszufriedenheit und die des gesamten Praxisteam zu verbessern.

FAZIT

Gute Kommunikation hilft Ressourcen einzusparen: Geduld, Zeit, Arzneimittel, Geld.

Haltung statt Technik

- Gesprächsführung ist weniger eine Frage der Technik als der Haltung: **Empathie, Akzeptanz und Kongruenz**. Erst durch eine wertschätzende Grundhaltung fühlt sich der Gesprächspartner angenommen.
- Eine intakte Beziehungsebene ist die Grundvoraussetzung dafür, dass Informationen »richtig ankommen«. Störungen auf der Beziehungsebene stören auch die Verständigung auf der Sachebene, sie führen zu Mißverständnissen und Unzufriedenheit.
- **Es lohnt sich, besonders viel Aufmerksamkeit und Zeit in den Auf- und Ausbau einer intakten Beziehungsebene zu investieren.** Das betrifft das Patienten-Arzt-Verhältnis ebenso wie die Beziehung zu den eigenen Mitarbeitern, fachärztlichen Kollegen, Klinikern und Mitarbeitern von Pflegediensten oder Apotheken. Wer gut in die **Beziehungsebene** investiert, findet mit seinem Anliegen besser und schneller bei seinem Gesprächspartner Gehör.

Der Mensch...

- **denkt in Bildern** und versteht deshalb Informationen besser, wenn man ihm in den Erklärungen sprachliche Bilder anbietet.
- Der Mensch ist ein »**Augenmensch**« und erfasst ein Großteil der Informationen visuell. Man wird besser verstanden, wenn man bildliche Darstellungen verwendet.

- Der **Mensch interpretiert Äußerungen über die reine Sachebene hinaus auf drei weiteren Ebenen**

Aus jeder Äußerung eines Patienten lassen sich Rückschlüsse ziehen auf die Arzt-Patienten-Beziehung (**Beziehungsebene**), auf die Befindlichkeit des sprechenden Patienten (**Selbstkundgabe**) und darauf, was der Sprechende von seinem Gegenüber, dem Arzt, erwartet (**Appell**), zu was er ihn oder sie indirekt auffordert.

Sich bewußt zu werden, auf welcher Ebene ein Patient hauptsächlich kommuniziert, und für welche Ebenen Sie selbst als Arzt vorwiegend empfänglich sind, verbessert die Zugangsmöglichkeiten zum Patienten.

- Gute Vorbereitung – gutes Gespräch
- Kommunikation als kontinuierlicher Lernprozess
- Werkzeugkiste für erfolgreiche Kommunikation

Kommunizieren will gelernt und gut vorbereitet sein

- Kommunikation kann man lernen. Voraussetzung: Selbstreflexion, Offenheit, Geduld.
- Ist ein kontinuierlicher Prozess, der vom Feedback der Patienten und Mitarbeiter lebt und der von der ständigen, selbstkritischen Eigenreflexion profitiert.
- Die gute Vorbereitung auf ein Gespräch ist eine entscheidende Voraussetzung für dessen Gelingen.
- Ein gutes Gespräch ist immer ergebnisoffen. Erst wenn Sie die Wünsche Ihres Gesprächspartners im Gespräch kennen lernen, können Sie die Ziele und die Schritte zu diesen Zielen gemeinsam festlegen, eine individuelle Lösung finden.
- Gute Kommunikation findet in einem organisatorischen Rahmen statt, der eine geschützte Atmosphäre bietet, in der Gespräche störungsfrei verlaufen können.
- Funktionierende Arbeitsabläufe schaffen Freiräume für Kommunikation und steigern deren Effizienz.

Die »Werkzeugkiste«, um erfolgreich zu kommunizieren

Machen Sie sich bewußt, dass Sie als Hausarzt verantwortlich dafür sind, dass Ihr Patient Sie richtig versteht. Entscheidend ist, was bei Ihrem Patienten ankommt, nicht das, was Sie glauben, ihm gesagt zu haben.

Folgende Fähigkeiten helfen, gute Gespräch zu führen.

»Empfänger«-Eigenschaften

- Zuhören können.
- Gesprächspartner ausreden lassen.
- Fragen offen stellen.
- Gesprächspartner aktiv dazu ermuntern, Fragen zu stellen, sich am Gespräch zu beteiligen.
- Non-verbale Signale aufmerksam beobachten: Zweifel und Unverständnis beim Gesprächspartner erkennen und verbalisieren.
- Sicher stellen, dass man den Gesprächspartner richtig verstanden hat: Verstandenes in eigenen Worten wiederholen. Nachfragen.
- Die Werte- und Nutzensvorstellung und Ziele des Gesprächspartners erkennen können.

»Sender«-Eigenschaften

- Verständlich, in der Sprache und den Bildern des Patienten sprechen.
- Mit allen zur Verfügung stehenden Mitteln sicherstellen, dass man verstanden wird: Klar, verständlich, in den Bildern des Patienten sprechen. Visuelle Hilfsmittel verwenden: Abbildungen, Schemata. Sicherstellen, dass das Gesagte nicht vergessen wird: das Wichtigste schriftlich festhalten und zum Nachlesen mitgeben.

- » Verschiedene Formen der Arzt-Patienten-Beziehung

Verschiedene Formen der Arzt-Patienten-Beziehung

- **Paternalistisches Modell:** Alleine der Arzt entscheidet für den Patienten.
- **Absolute Patientenautonomie:** Der Patient alleine trifft die Therapieentscheidung nach der Beratung durch den Arzt.
- **Partnerschaftliches Beziehungsmodell:** Arzt und Patient treffen gemeinsam die Therapieentscheidungen.

Partnerschaftliche Entscheidungsfindung (PEF) = share decision making

- Von der Mehrheit der Patienten bevorzugtes Modell, unabhängig von Alter und Bildungsstand
- Ziele werden an der Nutzenvorstellung des Patienten orientiert, gemeinsam festgelegt, ein therapeutisches Bündnis geschlossen.
- Motiviert Patienten, zum mitmachen, verbessert die Therapieergebnisse.
- Erhöht die Zufriedenheit von Arzt und Patient.

*Der alte Arzt sprach Latein,
der junge Arzt spricht Englisch,
der gute Arzt spricht die Sprache des Patienten.*

↳ Zitierte Literatur

- 1 Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin (ÄZQ). Woran erkennt man eine gute Arztpraxis? Checkliste für Patientinnen und Patienten; 2. Auflage vom 04.07.2005. Verfügbar unter: http://www.patienten-information.de/content/informationsqualitaet/checkliste_arztbesuch/view;am:26.10.2006
- 2 Dilts R. Strukturen subjektiver Erfahrung. Ihre Erforschung und Veränderung durch NLP. Paderborn: Junfermann, 5. Aufl. 1994
- 3 Giersdorf N et al. Messung der partizipativen Entscheidungsfindung. Z ärztl Fortbil Qual Gesundheitswes 2004; 98: 135-141
- 4 Härter M, Loh A, Spies C. Gemeinsam entscheiden – erfolgreich behandeln. Deutscher Ärzte-Verlag GmbH, 2005
- 5 Hücker F-J. Metaphern – die Zauberkraft der NLP. Ein Leitfaden für Berufspraxis und Training. Paderborn: Junfermann, 1998
- 6 O'Connor J, Seymour J. Neurolinguistisches Programmieren. Gelungene Kommunikation und persönliche Entfaltung. VAK: Freiburg im Breisgau, 2. Aufl. 1994
- 7 O'Connor J. NLP das Workbook. VAK: Freiburg im Breisgau, 2005
- 8 Rogers CR. Entwicklung der Persönlichkeit. Psychotherapie aus der Sicht eines Therapeuten. 14. um ein Vorwort erw. Auflage. Stuttgart: Klett-Cotta, 2002
- 9 Rogers CR, Rosenberg RL. Die Person als Mittelpunkt der Wirklichkeit. 2. um ein Vorwort erw. Auflage, Stuttgart: Klett-Cotta, 2005
- 10 Schulz von Thun F. Miteinander reden. Störungen und Klärungen. 40. Auflage, Rowohlt Verlag: 2004
- 11 Steinbach K, von Oorschot B, Anselm R et al. Wer soll entscheiden? Dtsch Ärztebl 2004; 41: 2741
- 12 Steve A, Faulkner C. Praxiskurs NLP. Paderborn: Junfermann, 5. Aufl. 2005
- 13 Towle A, Godolphin W. Framework for teaching and learning informed shared decision making. BMJ 1999; 31: 766-771
- 14 von Renteln-Kruse W. Medikation und Compliance bei alten Menschen. Fragen Sie Senioren, was sie von der Therapie erwarten. Der Hausarzt 2006; 20: 40-44
- 15 Zwerneemann S. Optimierung der initialen Gesprächssituation in der Arzt-Patient-Kommunikation durch Balintgruppen. Dissertation, Universität zu Köln 2003

➤ Prozessschritte der Partnerschaftlichen Entscheidungsfindung

Prozessschritte der Partnerschaftlichen Entscheidungsfindung [Giersdorf et al. 2004] [3]

Prozessschritte der Partnerschaftlichen Entscheidungsfindung

1. Mitteilung, dass eine Entscheidung ansteht
2. Angebot der partizipativen Entscheidungsfindung/Rollen klären und Gleichberechtigung der Partner formulieren
3. Aussage über das Vorliegen verschiedener Wahlmöglichkeiten
4. Information über Optionen und ihre Vor- und Nachteile
5. Rückmeldung über Verständnis der Optionen und Erfragen weiterer Optionen aus Sicht des Patienten
6. Präferenz ermitteln
7. Aushandeln
8. Gemeinsame Entscheidung
9. Vertrag/Selbstverpflichtung (Plan zur Umsetzung der Entscheidung)

➤ Maßnahmen zur Unterstützung der Arzneimittelanwendung

Die folgende Tabelle stammt aus einem Beitrag zu Problemen in der **Arzneitherapie bei älteren**

Menschen und wurde durch die Leitliniengruppe noch durch Hinweise modifiziert.

Maßnahmen zur Unterstützung verordnungsgemäßer Arzneimittelanwendung [mod. nach 14]

Maßnahmen zur Unterstützung verordnungsgemäßer Arzneimittelanwendung	
Wiederholtes Erfragen und Identifizieren der individuellen Probleme eines Patienten	z. B. Fragen nach Behinderungen oder Verständnisproblemen
Individualisierte Maßnahmen	z. B. spezielle Erinnerungstricks
Wiederholungseffekte nutzen, ggf. häufiger Einbestellen nach Neubeginn einer Therapie	Patienten bei jedem Besuch wieder darauf hinweisen, wie wichtig die Therapie ist
Gewohnheiten (Ritualisierung) bilden	z. B. die Tabletten immer vor dem Nachttisch oder dem Zubettgehen einnehmen. Patienten z. B. danach fragen, wo sie Ihre Arzneimittel aufbewahren, zusammen mit dem Patienten überlegen, wo ein guter Ort wäre, damit an die regelmäßige Einnahme gedacht wird
Vorteile durch vereinfachte Therapie nutzen	Zahl der Medikamente senken (z. B. durch Kombinationspräparate), Dosierung vereinfachen, Einnahmehilfen anbieten (spezielle Dosette mit Wochentagen), bei der Therapie Prioritäten setzen
Kontinuität der Behandlung sichern	z. B. durch gute Kommunikation unter mitbehandelnden Kollegen
Informationen mündlich und schriftlich weitergeben	z. B. Verordnungsplan mitgeben, dem Patienten Hinweise geben, wie mit dem Plan umgegangen werden kann: z. B. Plan an eine gut sichtbare Stelle im Bad/in der Küche kleben. Angaben zur Einnahme auf die Medikamentenschachtel schreiben
Regelmäßiges Prüfen des Behandlungserfolges	z. B. immer Blutdruckmessen in der Praxis
»Verstärker« nutzen	Angehörige, Pflegedienst, Apotheker
Falls der (ältere) Patient mit der Therapie überfordert erscheint, ggf. direktes Einbeziehen von an der Versorgung Beteiligten/Angehörigen	»Sicherstellen«, dass nicht nur der Patient die Information erhalten hat
Möglichkeiten zum Feedback nutzen	z. B. Blutdruck- oder Blutzucker-Selbstmessung

- Fragebogen zur Beurteilung des Beratungsgespräches durch den Patienten

Nachstehend finden Sie einen einseitigen Fragebogen, mit dessen Hilfe Sie Ihre Patienten um eine Rückmeldung der Gesprächssituation mit Ihnen als Arzt bzw. Ärztin bitten können. Die einzelnen Statements der Befragung orientieren sich an Aspekten, die Patienten wichtig sind bzw. die auch als Kriterien für die Bewertung von Arztpraxen aus Patientensicht herangezogen werden (s. Checkliste für Patientinnen und Patienten; 2. Auflage vom 04.07.2005. Verfügbar unter: http://www.patienten-information.de/content/informationsqualitaet/checkliste_arztbesuch/view; am: 26.10.2006).

Waren Sie mit dem heutigen Arztgespräch zufrieden?

1. Wie bewerten Sie das heutige Gespräch? (Bitte kreuzen Sie in <u>jeder</u> Zeile nur ein Kästchen an.)				
Wie zufrieden waren Sie heute in Bezug ...	sehr zufrieden	zufrieden	weniger zufrieden	gar nicht zufrieden
auf die Zeit, die sich Ihr Arzt/Ihre Ärztin für Sie genommen hat?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
auf sein/ihr Einfühlungsvermögen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
auf die Wahrung Ihrer Intimsphäre?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
darauf, dass Ihr Anliegen ernst genommen wurde?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
das Gespräch insgesamt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. Wie ist Ihre Erfahrung? (Bitte kreuzen Sie in <u>jeder</u> Zeile nur ein Kästchen an.)				
	trifft voll und ganz zu	Trifft eher zu	Trifft eher nicht zu	trifft überhaupt nicht zu
Ich erhalte von meinem Arzt/meiner Ärztin immer verständliche Hinweise zu meiner Erkrankung und Behandlung.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich kann gemeinsam mit meinem Arzt/meiner Ärztin über die Therapie entscheiden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich kann fragen, wenn ich etwas nicht verstanden habe.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich kann ohne Probleme eine Person meines Vertrauens zum Arztgespräch mitnehmen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wir bitten Sie noch um einige zusätzliche Angaben.

3. Ihr Geschlecht?
<input type="checkbox"/> männlich
<input type="checkbox"/> weiblich

4. Haben Sie für Ihren Besuch heute einen Termin vereinbart?
<input type="checkbox"/> Ja
<input type="checkbox"/> Nein

5. Wie oft waren Sie schon in der Praxis?
<input type="checkbox"/> Ich besuche den Arzt heute zum ersten Mal
<input type="checkbox"/> Ich bin schon mehrfach hier gewesen

6. Kennen Sie den Anlass für das heutige Gespräch?
<input type="checkbox"/> Ja
<input type="checkbox"/> Nicht genau, wurde einbestellt/geschickt

7. Wie lange haben Sie heute gewartet?
<input type="checkbox"/> weniger als 5 Minuten
<input type="checkbox"/> 5 bis 15 Minuten
<input type="checkbox"/> 15 bis 30 Minuten
<input type="checkbox"/> länger als 30 Minuten
<input type="checkbox"/> länger als 1 Stunde

8. Wie lange dauerte Ihr Gespräch mit dem Arzt/der Ärztin?
<input type="checkbox"/> weniger als 2 Minuten
<input type="checkbox"/> 2 bis 5 Minuten
<input type="checkbox"/> 5 bis 10 Minuten
<input type="checkbox"/> länger als 10 Minuten

Vielen Dank für Ihre Mitwirkung!

- Warum hausärztliche Leitlinien?
- Arzneimittelauswahl in den hausärztlichen Leitlinien

Warum hausärztliche Leitlinien?

Es gibt zwar gegenwärtig bereits eine Vielzahl an Leitlinien, dennoch fehlt es an Handlungsempfehlungen, die sich auf häufige und typische Behandlungsanlässe beim Hausarzt beziehen. Aus diesem Grund wurde 1998 aus dem Kreis der Moderatoren der seit 1993 regelmäßig durchgeführten Pharmakotherapie zirkel in der KV Hessen die »Leitliniengruppe Hessen – Hausärztliche Pharmakotherapie« in Zusammenarbeit mit PD Dr. Liselotte von Ferber (ehemalige Leiterin der Forschungsgruppe Primärmedizinische Versorgung, Köln) gegründet. Die Leitliniengruppe setzte sich zum Ziel, praxisgerechte, auf die Belange der hausärztlichen Versorgung zugeschnittene therapeutische Handlungsempfehlungen zu erarbeiten.

Der Hausarzt versorgt insbesondere chronisch kranke, ältere und multimorbide Patienten. Hierauf müssen die Leitlinien Bezug nehmen. Sucht man Studien, die die Therapieempfehlungen begründen, fällt auf, dass diese Patienten im Allgemeinen in klinischen Studien nicht eingeschlossen sind (häufig maximal 1 Begleitkrankheit). Das bedeutet, dass die Übertragbarkeit der Studienergebnisse auf den typischen, multimorbiden Hausarztpatienten stets besonders zu prüfen ist. Dabei ist außerdem zu berücksichtigen, dass die üblicherweise bestehende Multimedikation zu schwer abschätzbaren Interaktionen und Complianceproblemen führen kann. Der Hausarzt ist deshalb gefordert, eine Auswahl von Medikamenten zu treffen.

Arzneimittelauswahl in den hausärztlichen Leitlinien

Die Leitliniengruppe Hessen will den Hausarzt bei der Medikamentenauswahl unterstützen und hat sich deshalb bei der Aufzählung von Wirkstoffen in der Regel auf diejenigen beschränkt, die ihres Erachtens Wirkstoffe der ersten Wahl darstellen:

- Für das Arzneimittel liegt eine positive Nutzen-Risiko-Bewertung vor,
- das Arzneimittel ist gut dokumentiert oder
- es besteht in der Leitliniengruppe ein Konsens über langjährige gute Erfahrungen in der hausärztlichen Praxis.

Selbstverständlich ist bei Vorliegen von Kontraindikationen oder Unverträglichkeiten auf andere nicht explizit in den Leitlinien genannte Wirkstoffe im Indikationsgebiet zurückzugreifen. Diese Abwägungen schließen auch die Empfehlung ein, dass bei Einleiten einer Therapie ein gesicherter therapeutischer Nutzen mit hoher Wahrscheinlichkeit bei einer verhältnismäßig großen Anzahl der zu behandelnden Patienten erreicht werden sollte. Die Anzahl der Patienten, die in Behandlung genommen werden muss, um bei **einem** Patienten einen Behandlungserfolg zu erzielen, sollte stets mitbedacht werden (NNT: number needed to treat). Weiter muss der Hausarzt den möglichen Schaden des Arzneimittels abwägen, d. h. er muss die Relation zur NNH (number needed to harm) prüfen. In einigen Leitlinien sind die Endpunkte der wichtigsten Studien mit Angaben der Risiken und der NNT im Anhang dargestellt.

- Anforderungen an hausärztliche Betreuung
- Implementation und Evaluation

Besondere Anforderungen an die hausärztliche Betreuung

Der Hausarzt ist der Ansprechpartner für den chronisch Kranken. Er hat im Unterschied zum Klinikarzt zusätzlich noch andere Aspekte in der Therapie zu berücksichtigen, wie z. B. die Überwachung des Therapieerfolges anhand von klinischen Messgrößen, altersbedingte Besonderheiten in der Therapie, Nebenwirkungen und Wechselwirkungen, die Compliance und die Lebensqualität des Patienten sowie dessen Einbindung in die Therapieentscheidungen (shared decision making). Nicht zuletzt muss er auf die Wirtschaftlichkeit der Therapie achten. Zu den hausärztlichen Besonderheiten zählen auch die nichtmedikamentösen Verfahren, die in den hausärztlichen Leitlinien einen hohen Stellenwert haben und für die ebenfalls, soweit verfügbar, Studien und Evidenzstärken angegeben werden.

Die Beschränkung auf ausgewählte Wirkstoffe steht im Einklang mit Strategien zur Qualitätssicherung ärztlicher Verordnungsweise wie sie beispielsweise auch durch die WHO oder auch im Rahmen von qualitätsgestützten Fortbildungsmaßnahmen und Qualitätssicherungsprogrammen in anderen Ländern gefordert und umgesetzt werden.

Implementierung und Evaluation der Leitlinie

Die von der Leitliniengruppe erarbeiteten Leitlinien werden zunächst mit den Moderatoren der Pharmakotherapie zirkel diskutiert und ggf. überarbeitet. Die Implementierung der Leitlinien erfolgt über die Zirkelarbeit. Jeder Teilnehmer erhält nicht nur eine Fassung der Leitlinie, sondern auch Materialien (sog. Manuale) zum Thema der Zirkelsitzung mit einer Einführung in das zu besprechende Krankheitsbild und seine Therapie. Die Unterlagen enthalten außerdem, beruhend auf den Verordnungen und Diagnosen aus den Praxen der Teilnehmer, eine Verordnungsanalyse, aus der mit Hilfe zentraler Indikatoren der Stand der Umsetzung der Leitlinienempfehlungen, die sich auf die Pharmakotherapie beziehen, deutlich wird.

Nach Abschluss der Zirkelarbeit erfolgt die Evaluation, d. h. die Verordnungsdaten vor und nach der Zirkelarbeit werden in Bezug auf die Indikatoren zur Qualität und Wirtschaftlichkeit der Therapie vergleichend dargestellt und in einer eigenen Sitzung in den Pharmakotherapie zirkeln diskutiert.

Um Hinweise zur Beurteilung der Relevanz und zur Akzeptanz der Leitlinienempfehlungen zu erhalten, erfolgt durch die PMV forschungsguppe in jeder Zirkelsitzung eine kurze Befragung zu den Leitlinien. Die Ergebnisse werden sowohl den Zirkelteilnehmern als auch der Leitliniengruppe vorgestellt.

- Evidenzbasierte Patienteninformationen
- Disclaimer

Evidenzbasierte Patienteninformationen

- <http://www.gesundheitsinformation.de>
- <http://www.patienten-information.de>
- <http://www.akdae.de>
- <http://www.patientenleitlinien.de>
- <http://www.paritaet.org/hochdruckliga>
- <http://www.herzstiftung.de>

Rechtliche Hinweise zur Nutzung der Leitlinien – Haftungsausschluss

- Adressat der hausärztlichen Leitlinien sind Ärzte. Anfragen von Patienten können nicht beantwortet werden. Die Therapiehinweise stellen keine Empfehlung zur Selbstbehandlung für Patienten dar.
- Die Leitlinien wurden von Ärzten, den Mitgliedern der »Leitliniengruppe Hessen – Hausärztliche Pharmakotherapie« mit großer Sorgfalt und unter Heranziehung aktueller Literatur erarbeitet. Dennoch kann für die Richtigkeit und Vollständigkeit keine Haftung übernommen werden.
- Dosierungsangaben wurden auf der Grundlage aktueller pharmakologischer Literatur und nach Herstellerangaben erstellt. Dennoch gilt auch hier die Eigenverantwortlichkeit; maßgeblich sind die Hinweise in den Packungsbeilagen und Fachinformationen. Die Hinweise auf Interaktionen und Nebenwirkungen stellen immer eine Auswahl dar.

Die Leitlinie, den zugehörigen Leitlinienreport und den allgemeinen Leitlinienreport finden Sie im Internet unter

www.pmvforschungsguppe.de

> publikationen > leitlinien

oder auf den Seiten des ÄZQ:

Leitlinie:

www.leitlinien.de/leitlinienanbieter/deutsch/pdf/hessengespraech

Leitlinienreport:

www.leitlinien.de/leitlinienanbieter/deutsch/pdf/hessengespraechreport

Allgemeiner Leitlinienreport:

www.leitlinien.de/leitlinienanbieter/deutsch/pdf/hessenleitlinienreport