

Ein zentrales Element in der täglichen Praxis

Kommunikationstechniken für die tägliche Praxis

Christoph Becker^{a,b}, Roger Mäder^c, Sabina Hunziker^{a,d}

^a Medizinische Kommunikation/ Psychosomatik, Universitätsspital Basel, Basel; ^b Notfallzentrum, Universitätsspital Basel, Basel; ^c FOSUMOS, Forum Suchtmedizin Ostschweiz, St. Gallen; ^d Medizinische Fakultät, Universität Basel, Basel



Eine gute Arzt-Patienten-Kommunikation schafft Vertrauen und ist in der Lage, patientenrelevante Faktoren wie Zufriedenheit oder auch Effizienz und Genauigkeit einer Therapie signifikant zu beeinflussen.

Einleitung

Kommunikation ist ein zentrales Element in unserem klinischen Alltag und bildet das Fundament einer guten Arzt-Patienten-Beziehung. Zahlreiche Ärzteverbände erachten die Arzt-Patienten-Kommunikation daher als Kernkompetenz des ärztlichen Berufs [1].

Auch heute, im Zeitalter hochtechnologisierter Medizin, können bereits durch eine gewissenhafte Anamnese und körperliche Untersuchung 90% aller medizinischen Diagnosen gestellt und eine entsprechende weiterführende Diagnostik und Therapie eingeleitet werden [2].

Die Kommunikation zwischen Ärztin und Patient ist ein Gespräch auf professioneller Basis und unterscheidet sich daher von der Kommunikation im privaten Bereich. Neben der medizinischen Fachterminologie, die für Patienten häufig verwirrend ist, besteht hier auch ein «Machtgefälle» zwischen Arzt und Patient. Die Ärztin darf beispielsweise intime Fragen stellen oder die Patientin untersuchen, umgekehrt sucht der Patient Hilfe und möchte durch das ärztliche Wissen mehr über seine Krankheit erfahren. Dies kann begünstigen, dass sich Patienten passiv verhalten und im Gespräch nicht die Initiative ergreifen, sondern diese dem Arzt überlassen. Die Ärztin sollte daher darauf achten, dass dem Patienten sein Rederecht eingeräumt wird und er dieses auch wahrnimmt, um seine Anliegen ansprechen zu können.

Überbringen schlechter Nachrichten – *breaking bad news*

Beim Überbringen schlechter Nachrichten werden kritische Themen angesprochen, die einen langfristigen Effekt auf die Patientin haben können. In der Regel handelt es sich hierbei um die Mitteilung einer

schlechten Diagnose wie einer Tumorerkrankung oder auch die Nachricht, dass ein Angehöriger verstorben ist. Hierbei ist neben der Vermittlung medizinischer Informationen auch eine empathische und kommunikative Kompetenz von Seiten des Arztes gefragt. Eine gute Kommunikation kann in diesen Situationen dazu beitragen, dass Patienten die abrupte Änderung der Lebens- oder Zukunftsperspektive besser verarbeiten können, was wiederum das Outcome von Patienten und Angehörigen verbessern kann.

In den letzten Jahren haben sich mit dem Spikes-Modell [3] und dem BAD-Schema (Tab. 1) zwei Hauptkommunikationstechniken etabliert, die grosse Gemeinsamkeiten aufweisen.

Zum Gelingen eines solchen Gespräches ist eine Vorbereitung wichtig. Patienten oder Angehörige schätzen ein Gespräch in einer privaten, ungestörten Atmosphäre [4]. Als Ärztin sollte man insbesondere auf störende Unterbrechungen wie Telefonanrufe achten oder, wenn nicht anders möglich, diese ankündigen. Zum anderen ist es wichtig herauszufinden, auf welchem Wissensstand sich der Patient oder dessen Angehörige befinden, bevor man die schlechte Nachricht überbringt. Das bedeutet auch, als Arzt gut informiert sein, um an der richtigen Stelle mit der Informationsvermittlung ansetzen zu können.

Die Überbringung der eigentlichen Nachricht sollte dann mit einem sogenannten «*warning shot*» («es tut mir leid, ich habe leider keine guten Nachrichten ...») angekündigt und möglichst prägnant überbracht werden («es wurden bösartige Zellen gefunden, Sie haben Krebs»).

Danach ist es wichtig, die Reaktion der Patienten/Angehörigen abzuwarten und darauf einzugehen.

Beim Überbringen schlechter Nachrichten ist das Eingehen auf Emotionen zentral. Meist sind dies emotionale Reaktionen, die Raum brauchen. Es empfiehlt sich

Tabelle 1: BAD-Schema zum Vermitteln schlechter Nachrichten.

Break bad news
<ul style="list-style-type: none"> • Was muss ich als Arzt wissen? → Medizinische Vorbefunde → Chronologischer Ablauf der bisherigen Geschehnisse
<ul style="list-style-type: none"> • Was weiss der Patient bereits? Was wissen die Angehörigen? → Bereits über Diagnose informiert?
<ul style="list-style-type: none"> • «Warning Shot»: schlechte Nachricht ankündigen → «Leider habe ich keine guten Nachrichten für Sie ...»
<ul style="list-style-type: none"> • KISS – Keep It Short and Simple (Informationsvermittlung in einfachen kurzen Sätzen) → «In der Gewebeprobe, die wir während der Darmspiegelung entnommen haben, zeigten sich bösartige Zellen. Das bedeutet, sie haben Darmkrebs»
Acknowledge the reaction
<ul style="list-style-type: none"> • Warten!
<ul style="list-style-type: none"> • Eingehen auf Emotionen (NURSE)
<ul style="list-style-type: none"> • Keinen vorschnellen Trost geben
<ul style="list-style-type: none"> • Information auf Fragen des Patienten
Discuss the near future
<ul style="list-style-type: none"> • Informationen, die der Patient jetzt haben muss
<ul style="list-style-type: none"> • Wie geht es konkret weiter?
<ul style="list-style-type: none"> • Schlechte Nachrichten mit guten Aspekten unterfüttern (sofern möglich) → «der Tumor ist in einem frühen Stadium entdeckt worden ...»
<ul style="list-style-type: none"> • Folgetermin vereinbaren

hier, erst einmal «aktiv» abzuwarten, bis Patientinnen oder Angehörige wieder bereit sind weiterzusprechen. Dieses signalisieren Patienten meist dadurch, dass sie wieder Blickkontakt mit der Ärztin aufnehmen und/oder eine Frage stellen.

Erst wenn die Betroffenen oder deren Angehörige wieder bereit sind, das Gespräch weiterzuführen, können zusätzliche medizinische Informationen vermittelt werden, die auch gehört werden.

Abschliessend werden die nächsten konkreten Schritte in der Diagnostik oder Therapie (z.B. Untersuchungen oder Termine) diskutiert.

Partizipatorische Entscheidungsfindung – *shared decision making*

Durch das Internet stehen Patienten und Angehörigen heute zahlreiche Informationsmöglichkeiten zur Verfügung. Darüber hinaus wollen Patientinnen zunehmend am Entscheidungsfindungsprozess von Untersuchungen und Therapien beteiligt werden [5].

Die gemeinsame, partizipatorische Entscheidungsfindung oder auch *shared decision making* genannt, ist ein Kommunikationsmittel, das in den letzten Jahren an Bedeutung gewonnen hat.

Eine partizipatorische Entscheidungsfindung sollte immer dann angestrebt werden, wenn zwei per se gleichwertige Therapieoptionen (bei unterschiedlichen Nutzen und Risiken) zur Verfügung stehen. Beispiele hierfür aus der Praxis sind unter anderen die Behandlung der arteriellen Hypertonie (Lifestyle vs. Medikamente), Dialyseverfahren (Hämodialyse vs. Peritonealdialyse), Krebsvorsorge (Mamma-, Prostata-Screening) oder auch die Diskussion über lebensverlängernde Massnahmen.

Um Patienten die Vermittlung komplexer medizinischer Informationen zu veranschaulichen, können bei der partizipatorischen Entscheidungsfindung Entscheidungshilfen (engl. *decision aids*) verwendet werden [6]. Mit diesen lassen sich, durch empirisch aufgearbeitete medizinische Informationen, individuelle Risiken oder Benefits beispielsweise als Graphiken bildlich darstellen. Ziel ist, den Patienten hierdurch neutral zu informieren, jedoch nicht zu beeinflussen. Das *shared decision making* hat das Ziel, mit der bestmöglichen Evidenz und guter Informationsvermittlung zwischen den verschiedenen Therapieoptionen abzuwägen und unter Berücksichtigung von Patientenkonzepten und -präferenzen dann gemeinsam eine Entscheidung zu treffen. Der informierte Patient soll hierbei befähigt werden, selbstständig und aktiv die Entscheidung zu beeinflussen. Studien konnten belegen, dass die partizipatorische Entscheidungsfindung die Zufriedenheit der Patienten und deren Eigenverantwortung steigert [7].

Informationsvermittlung – die Buchmetapher

Um Patienten bestmöglich zu informieren, neigen wir Ärztinnen und Ärzte oft dazu, Befunde oder medizinische Umstände detailliert zu erläutern. Insbesondere Patienten, die einen niedrigen medizinischen Bildungsstand haben (*health literacy*), drohen sich in diesen Informationen zu verlieren. Hierbei überschätzen wir häufig auch die Aufnahmefähigkeit von Patienten bezüglich medizinischer Informationen. Aus dem Bereich der Psychologie ist aus der «*Cognitive Load Theory*» bekannt, dass Menschen sich lediglich eine beschränkte Anzahl neuer Informationen zeitbegrenzt merken können. Stresssituationen, wie Angst oder eine körperliche Erkrankung, können die Aufnahmefähigkeit der Patientinnen weiter einschränken. Relevante medizinische Informationen werden so nach wenigen Minuten wieder vergessen, was dazu führen kann, dass Patienten ihre Diagnose, Therapie oder wichtige Ratschläge nicht benennen können [8, 9].

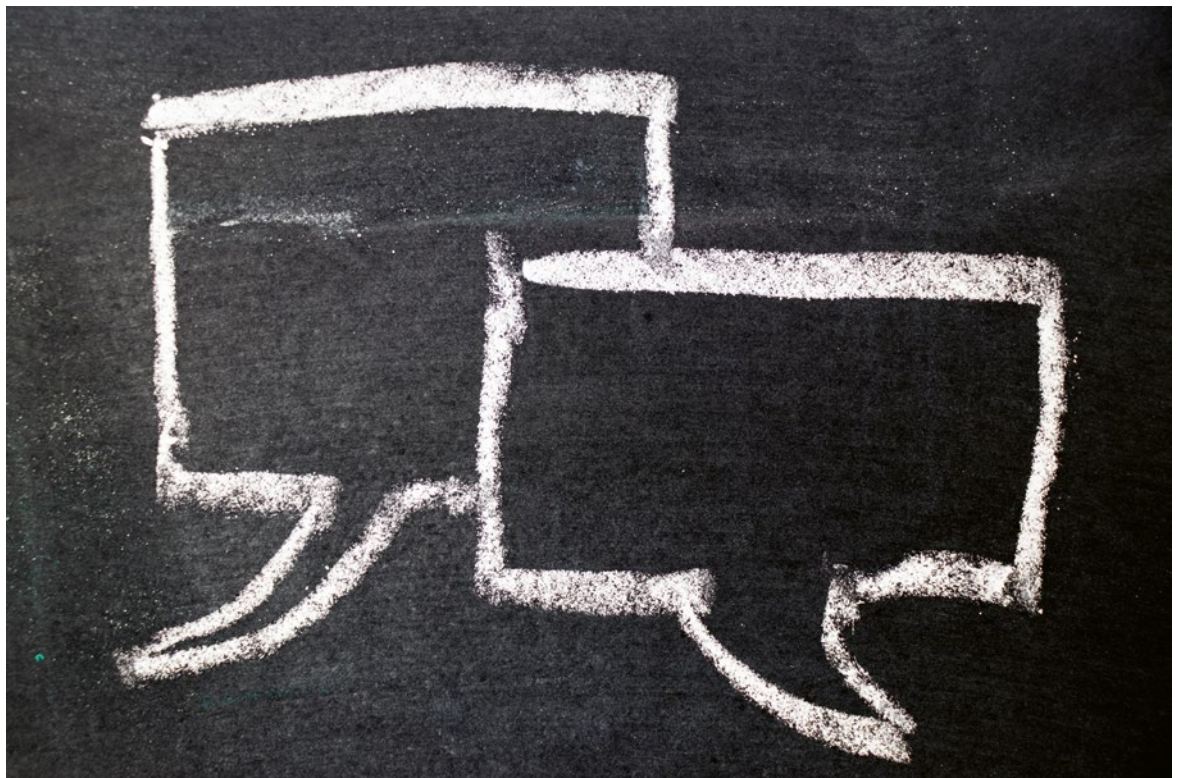
Eine Möglichkeit, das Erinnerungsvermögen der Patienten zu verbessern, stellt die Kommunikationstechnik der Buchmetapher dar [10]. Bei der Buchmetapher werden Informationen strukturiert und ähnlich einem Buchaufbau vermittelt.

Zu Beginn sollte der «Titel» – der Inhalt des Gesprächs – bekannt gegeben werden (z.B. «Ich möchte mit Ihnen über Ihr Herzstolpern sprechen»). Als nächstes werden alle Unterpunkte («Kapitel») erwähnt, die man ansprechen möchte. In Anbetracht der Informationsmenge sollte man sich hier auf die wesentlichsten Aspekte konzentrieren. Ein Aufbau könnte also folgend ausschauen: «Mir sind hierbei drei Punkte wichtig. Erstens, was ist die Ursache des Herzstolperns. Zweitens, wie müssen wir das ganze behandeln und drittens, was müssen Sie beachten». Nun ist dem Patienten der grobe Ablauf, also die wichtigsten Inhalte der Informationsvermittlung, bekannt. Im Anschluss werden dann die eigentlichen Informationen mit «Text» gefüllt, wobei die einzelnen Kapitel-Überschriften nochmals erwähnt und dann genauer erläutert werden: «Also zu Punkt 1, der Ursache Ihres Herzstolperns, – wir haben im EKG herausgefunden, dass Sie ein Vorhofflimmern haben ...»; «... nun zu Punkt 2, wie wir das Vorhofflimmern behandeln. Ich würde Ihnen eine Blutverdünnung verordnen ...», «... und nun zum letzten Punkt, was sie beachten müssen. Aufgrund der Blutverdünnung haben Sie eine erhöhte Blutungsgefahr ...» Lange-

witz et al. konnten in ihrer Studie herausfinden, dass sich mit Hilfe dieser Methode das Erinnerungsvermögen von Notfallpatienten bezüglich medizinischer Informationen beim Austrittsgespräch erhöhen liess. Ärzte wurden zudem als strukturierter und kompetenter wahrgenommen [10].

Insbesondere das Austrittsgespräch stellt eine kritische Situation dar, in der wichtige Informationen durch Miss- oder Unverständnis verloren gehen können. Doch gerade das Verständnis wichtiger therapeutischer Anleitungen wie der Gebrauch von Inhalatoren oder die Dauer einer antibiotischen Therapie ist für relevante Patienten-Outcomes elementar. Insbesondere Patienten mit niedrigem medizinischen Bildungs- oder Strukturniveau (*health literacy*) scheinen ein erhöhtes Risiko zu haben [11]. Mit der *Teach-back*-Methode wurde ein Ansatz entwickelt, in dem die Patientin die vom Arzt übermittelten Informationen in eigenen Worten zusammenfassen oder Instruktionen demonstrieren sollte. Die Ärztin kann hierbei das Verständnis überprüfen und Missverständnisse gegebenenfalls korrigieren. Dieser Ansatz basiert auf Ideen der kognitiven Psychologie, die darauf hinweisen, dass solch eine Zusammenfassung wichtiger Informationen das Erinnerungsvermögen optimiert [12].

Bei der Überprüfung des Verständnisses des Patienten sollte die Ärztin ein sogenanntes «*blaming myself*» durchführen. Die Formulierung «Ich habe Ihnen jetzt



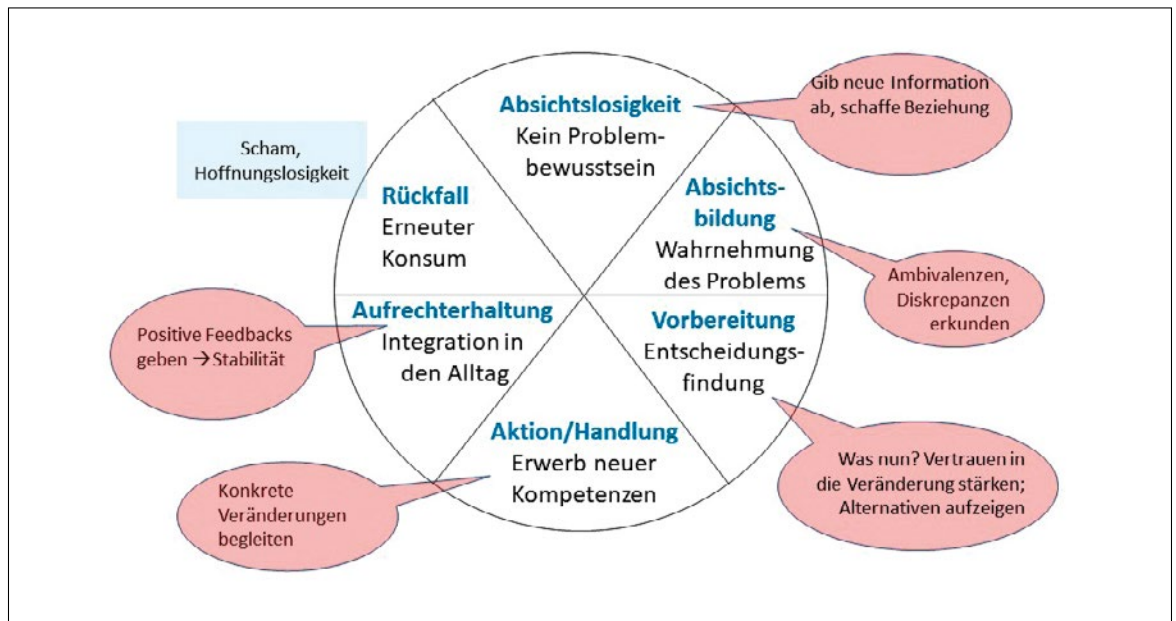


Abbildung 1: Transtheoretisches Modell der Veränderung. Nach: Miller und Rollnick, *Motivierende Gesprächsführung*, ein Konzept zur Beratung von Menschen mit Suchtproblemen, Freiburg im Breisgau.

ganz viele Dinge erzählt und ich bin mir nicht sicher, ob ich Ihnen das gut erklärt habe. Könnten Sie in ihren eigenen Worten sagen, was Sie verstanden haben?» wird es einem Patienten eher erleichtern zuzugeben, dass er etwas nicht verstanden hat. Fragt man hingegen «Haben Sie das verstanden?», ist das Eingeständnis, etwas nicht verstanden zu haben, deutlich unangenehmer. Patientinnen könnten aus Schamgefühl die Frage einfach bejahen, obwohl weiterhin ein Unverständnis besteht.

Kommunikation mit Suchtpatienten

Die Überschrift könnte suggerieren, dass die Kommunikation mit suchtmittelkonsumierenden Menschen anders verläuft als mit den übrigen Patienten in der Hausarztpraxis. Ist das wirklich so und falls ja, was sind die Erklärungen für diese Wahrnehmung? Eine Erklärung kann sein, dass die häufig festzustellende Selbststigmatisierung dieser Patientinnen jegliche Zuversicht auf Veränderung verunmöglicht. Ein Hausarzt, der ebenfalls nur geringe (oder keine) Chancen der Veränderung hinsichtlich der Suchterkrankung sieht, ist dann ein zusätzlicher Verstärker der Ausweglosigkeit und führt somit zur Typologisierung des «Süchtigen». Keine Zuversicht auf Veränderung hat bei allen Menschen, egal ob gesund oder krank, grossen Einfluss auf die Motivation und hinterlässt Gefühle der Frustration. Die scheinbare Ausweglosigkeit führt zu der Vorstellung, es brauche eine «andere

Form» der Kommunikation, resp. veranlasst die Ärztin zur Vorgabe von möglichen Zielen ohne Einbindung des Patienten, was die Wahrscheinlichkeit des Scheiterns erhöht.

Die daraus häufig resultierenden unterschiedlichen Zielvorstellungen (z.B. Konsum versus Abstinenz) oder auch die Tatsache, dass der Patient seinen vorhandenen problematischen Konsum nicht ansprechen will, der Hausarzt jedoch aufgrund der Laborwerte der Auffassung ist, jetzt müsste sich etwas ändern, ergibt eine typische Gesprächssituation für Menschen mit Suchtproblemen und bestärkt somit das Bild des «schwierigen Suchtpatienten».

Die beschriebenen Erklärungsmuster sind nur beispielhaft und bestimmt nicht abschliessend. Die Aufzählungen deuten auf die Notwendigkeit einer Selbstreflexion des Therapeuten betreffend der eigenen Haltung im Umgang mit suchtmittelkonsumierenden Menschen. Eine Auseinandersetzung mit sich selbst kann zu mehr Klarheit bezüglich der persönlichen Grundhaltung (Partnerschaftlichkeit, Akzeptanz, Mitgefühl) führen. Zusammen mit der bereits weiter oben beschriebenen partizipatorischen Entscheidungsfindung ergibt sich eine veränderte Beziehung, und die Kommunikation mit suchtmittelkonsumierenden Menschen unterscheidet sich unter Umständen nicht von Gesprächen mit anderen Patienten.

William R. Miller und Stephan Rollnick entwickelten ab 1982 das Modell der «Motivierenden Gesprächsführung». Es wird wie folgt beschrieben:

«Motivational Interviewing ist ein kooperativer, zielorientierter Kommunikationsstil mit besonderer Aufmerksamkeit auf die Sprache der Veränderung. Dieser Stil ist daraufhin konzipiert, die persönliche Motivation für und die Selbstverpflichtung auf ein spezifisches Ziel zu stärken, indem er die Motive eines Menschen, sich zu ändern, in einer Atmosphäre von Akzeptanz und Mitgefühl herausarbeitet und entwickelt.» [13] Im Vordergrund steht gemeinsam mit dem Patienten abzurufen und herauszuarbeiten, was bereits vorhanden ist, und nicht darum, Fehlendes hinzuzufügen.

Dabei ist das Gespräch als ein Expertentreffen von Hausärztin und Patient zu verstehen. Der Hausarzt als Experte für die Diagnose, Prognose, für mögliche Therapieoptionen und die Ergebniswahrscheinlichkeit. Die Patientin ist ihrerseits Expertin betreffend den Erfahrungen mit der Krankheit, der sozialen Situation, ihrer Wertvorstellungen und Präferenzen. Dieses Vorgehen ist geprägt von einem Gespräch auf Augenhöhe und lässt sich interpretieren als einen Tanz zusammen mit dem Patienten [14].

Zudem darf sich der Hausarzt auch als Experte des Behandlungs-/Beratungsprozesses verstehen. Dabei ist der Beziehungsaufbau für einen weiteren positiven Verlauf ein entscheidender Faktor. Die anfangs mehr investierte Zeit wird sich im späteren Verlauf der Behandlung womöglich als förderlich erweisen.

Als hilfreich erweist sich zudem das von Prochaska DiClemente beschriebene «Transtheoretische Modell der Veränderung», das den Prozess in verschiedene Abschnitte unterteilt (Abb. 1) [15].

Praxis Suchtmedizin Schweiz

www.praxis-suchtmedizin.ch ist eine suchtmittelmedizinische Informationsplattform für Hausärztinnen und Hausärzte in der Schweiz. Zentrales Element ist das Handbuch (geführt in drei Sprachen), in dem konkrete praxisbezogene Informationen und Handlungsanleitungen zu allen gängigen Suchtmitteln, wie auch substanzungebunden Suchtverhalten wie Geldspiel oder das neu erarbeitete Kapitel «Cannabinoide in der Medizin» kostenlos zur Verfügung gestellt werden. Das Handbuch wird von Fachpersonen aus dem Suchtbereich in Zusammenarbeit mit Hausärztinnen und Hausärzten erstellt und regelmässig aktualisiert. Ein weiteres Angebot ist der E-Mail-Auskunftsdienst. Hier werden suchtmittelmedizinische Anliegen einerseits kompetent (die Bewirtschafter verfügen über ein Netzwerk von Fachleuten aus der gesamten Schweiz sowie den angrenzenden Ländern) andererseits versehen mit Hinweisen zu regionalen Besonderheiten oder Hilfsangeboten rasch beantwortet. Ziel ist, Hausärztinnen und Hausärzte für die Suchtmedizin zu motivieren und die Arbeit mit suchterkrankten Menschen zu erleichtern.

Fazit

Die motivierende Gesprächsführung ist ein förderliches Werkzeug in der Kommunikation mit suchtmittelkonsumierenden Menschen, jedoch nicht ausschliesslich für diese Patientengruppe geeignet. Die weiter oben beschriebenen Prozesse der Kommunikation sind umgekehrt genauso relevant bei der vermeintlich schwierigen Patientengruppe der suchterkrankten Menschen, zumindest unterscheiden sich diese nicht von anderen chronisch erkrankten Menschen und gehören zum hausärztlichen Alltag.

Bildnachweis

ID 108877791 © Thanee Hengpattanapong | Dreamstime.com

Literatur

- Andolsek K, Padmore J, Hauer KE, Edgar L, Holmboe E. Accreditation Council for Graduate Medical Education Clinical Competency Committees A Guidebook for Programs 2017 [2nd: Available from: <https://www.acgme.org/Portals/0/ACGMEClinicalCompetency-CommitteeGuidebook.pdf?ver=2017-10-18-141730-107>].
- Paley L, Zornitzki T, Cohen J, Friedman J, Zokak N, Schattner A. Utility of clinical examination in the diagnosis of emergency department patients admitted to the department of medicine of an academic hospital. *Arch Intern Med.* 2011;171(15):1394–6.
- Baile WF, Buckman R, Lenzi R, Glober G, Beale EA, Kudelka AP. SPIKES-A six-step protocol for delivering bad news: application to the patient with cancer. *Oncologist.* 2000;5(4):302–11.
- Figg WD, Smith EK, Price DK, English BC, Thurman PW, Steinberg SM, et al. Disclosing a diagnosis of cancer: where and how does it occur? *J Clin Oncol.* 2010;28(22):3630–5.
- Thompson AG. The meaning of patient involvement and participation in health care consultations: a taxonomy. *Soc Sci Med.* 2007;64(6):1297–310.
- Stacey D, Légaré F, Lewis K, Barry MJ, Bennett CL, Eden KB, et al. Decision aids for people facing health treatment or screening decisions. *Cochrane Database Syst Rev.* 2017;4:CD001431.
- Hess EP, Hollander JE, Schaffer JT, Kline JA, Torres CA, Diercks DB, et al. Shared decision making in patients with low risk chest pain: prospective randomized pragmatic trial. *BMJ.* 2016;355:i6165.
- Kessels RP. Patients' memory for medical information. *J R Soc Med.* 2003;96(5):219–22.
- Sanderson BK, Thompson J, Brown TM, Tucker MJ, Bittner V. Assessing patient recall of discharge instructions for acute myocardial infarction. *J Healthc Qual.* 2009;31(6):25–33; quiz 4.
- Langewitz W, Ackermann S, Heierle A, Hertwig R, Ghanim L, Bingisser R. Improving patient recall of information: Harnessing the power of structure. *Patient Educ Couns.* 2015;98(6):716–21.
- Berkman ND, Sheridan SL, Donahue KE, Halpern DJ, Crotty K. Low health literacy and health outcomes: an updated systematic review. *Ann Intern Med.* 2011;155(2):97–107.
- Griffey RT, Shin N, Jones S, Aginam N, Gross M, Kinsella Y, et al. The impact of teach-back on comprehension of discharge instructions and satisfaction among emergency patients with limited health literacy: A randomized, controlled study. *J Commun Healthc.* 2015;8(1):10–21.
- Miller WR, Rollnick S. Motivierende Gesprächsführung. 3. Auflage, Lambertus
- Anne Sybil Götschi, Tanzen statt kämpfen, *ARS MEDICI* 7/2006
- C. C. DiClemente, J. O. Prochaska, S. K. Fairhurst, W. F. Velicer, M. M. Velasquez, J. S. Rossi: The process of smoking cessation: an analysis of precontemplation, contemplation, and preparation stages of change. In: *Journal of Consulting and Clinical Psychology.* 59(2), 1991.

Korrespondenz:
Prof. Dr. med.
Sabina Hunziker
Abteilung für Medizinische
Kommunikation/
Psychosomatik
Universitätsspital Basel
Klingelbergstrasse 23
CH-4031 Basel
Sabina.Hunziker[at]usb.ch;
SabinaHunziker[at]
gmail.com