

KOMPLEXE DIAGNOSEN

Komplexe Diagnosen zu erklären ist wesentlicher Bestandteil der Arzt-Patienten-Kommunikation. Das Gespräch sollte sich keinesfalls auf einen Monolog beschränken, sondern interaktiv gestaltet werden. Damit hat der Patient die Möglichkeit, Fragen zu stellen, seine eigenen Gedanken und Sorgen zu äußern und an der Entscheidungsfindung teilzuhaben.

GUTE GESPRÄCHSFÜHRUNG wirkt sich positiv auf das Gesundheitsverhalten von Patienten aus, spricht auf die Adherence und die Compliance, auf den Gesundheitszustand der Patienten, die Patientenzufriedenheit und die Patientensicherheit. So sind etwa 80 Prozent der Klagen wegen Behandlungsfehlern auf Kommunikationsprobleme zurückzuführen. Auch die Arbeitszufriedenheit und die Gesundheit der Mitarbeiter stehen in unmittelbarem Zusammenhang mit der Qualität der Gesprächsführung.¹⁾ Das heißt, gute Gesprächsführung ist kein „nice to have“, sondern ein zentrales Werkzeug in der Medizin, ein wesentlicher Punkt für Gesundheits-Outcomes.

Gelingt es, dem Patienten die Erkrankung verständlich zu machen, all seine Fragen zu beantworten, auf seine Emotionen, Sorgen, Zweifel und Erwartungen einzugehen und schließlich ein gemeinsames Verständnis und eine gemeinsame Entscheidungsfindung zu erzielen, ist der Patient ziemlich sicher mit an Bord, wenn es an die Umsetzung des Behandlungsplans geht.

1. DEN PATIENTEN ABHOLEN

Eine der großen Herausforderungen des Erklärens von komplexen Diagnosen ist es, das richtige Maß und die richtige Art der Information für jeden einzelnen Patienten bereitzustellen und in adäquater Weise zu vermitteln. Die Mehrzahl der Patienten will mehr wissen, als allgemein angenommen wird. Wenige Pati-

Fachliche Prüfung
Dr. phil. Mag. Marlene Sator,
Gesundheit Österreich GmbH,
Projektleiterin des Train-the-
Trainer-Programms Kommunikati-
onstrainings in der Kranken-
versorgung
Dr. Harald Retschitzegger MSc,
Spezialisierung in Palliativ-
medizin, Additivfacharzt für
Geriatric, Leiter der AG Palliative
Geriatric im Pflegewohnhaus
Meidling (Wiener Kranken-
anstaltenverbund)
Redaktion
Dr. Luigard Grossberger

enten möchten lieber nur das Nötigste an Information bekommen. Um nicht Gefahr zu laufen, zu viel oder zu wenig zu erklären, sollte man zunächst danach fragen, was der Patient bereits über seine Erkrankung weiß. Sprich, man holt den Patienten dort ab, wo er sich im Moment befindet. Aber Achtung vor voreiligen Schlüssen: Das Milieu, aus dem ein Patient stammt, sagt manchmal nur wenig darüber aus, wie viel er über seine Erkrankung weiß! Nehmen wir das Beispiel Diabetes: Ein Universitätsprofessor für Physik hat unter Umständen weniger Ahnung von der Zuckerkrankheit als ein Bauarbeiter, der bereits sein halbes Leben mit der zuckerkranken Mutter verbracht hat. Eine Möglichkeit herauszufinden, was ein Patient bereits weiß, ist es, einfach danach zu fragen:

Arzt: „Ich würde gerne erfahren, was Sie bereits über Diabetes wissen.“
Patient: „Ich weiß ein bisschen etwas darüber. Meine Mutter hat, seit ich ein Teenager war, Diabetes.“
Arzt: „Es wäre sehr hilfreich für mich zu erfahren, was genau Sie über die Erkrankung wissen und welche Fragen Ihnen auf der Zunge brennen.“²⁾

Ebenfalls muss geklärt werden, wie viel ein Patient – im Moment – über seine Erkrankung erfahren will. Nehmen wir ein anderes Beispiel – einen Patienten mit neu diagnostiziertem Morbus Parkinson:

Factbox: Kommunikationstraining der Österreichischen Plattform Gesundheitskompetenz (ÖPGK)

Seit kurzem bietet die Österreichische Plattform Gesundheitskompetenz (ÖPGK) evidenzbasierte und qualitätsgesicherte Kommunikationstrainings nach Qualitätsstandards der International Association for Communication in Healthcare (EACH – Arbeitsgruppe für Trainings tEACH) spezifisch für Gesundheitsberufe an. Das ÖPGK-Trainer Netzwerk besteht aus 19 erfahrenen Kommunikationstrainerinnen und -trainern und praktisch tätigen Gesundheitsfachkräften, die in einem 1,5-jährigen Trainerlehrgang qualifiziert wurden. Ein Kommunikationstraining nach ÖPGK-tEACH-Standard setzt unmittelbar an den kommunikativen Herausforderungen des klinischen Alltags an und behandelt kommunikative Fertigkeiten integriert mit klinischen Herausforderungen. Zielgruppe sind Gesundheitsfachkräfte mit direktem Patientenkontakt, d.h. Ärztinnen und Ärzte, Pflegekräfte und Angehörige der medizinisch-technischen Dienste (MTD).

Die Kommunikationstrainings (maximal 16 Teilnehmer) werden an die Bedürfnisse und Möglichkeiten in der Einrichtung angepasst und als fortlaufender Kurs (mehrere kurze Trainingseinheiten über einen längeren Zeitraum), als Workshop (mehrere Halb- oder Ganztage) und als Mischformat (Workshop mit fortlaufendem Kurs) angeboten. Ansprechperson: Dr. Mag. Marlene Sator, Gesundheit Österreich GmbH, Abteilung Gesundheit und Gesellschaft, E-Mail: oepgk@goeg.at <https://oepgk.at/oepgk-trainernetzwerk/>

Arzt: „Es gibt sehr viel Information zum Thema Morbus Parkinson. Einige Patienten wollen gleich alles wissen, andere würden sich gerne auf das Wesentliche beschränken. Wie sieht es diesbezüglich bei Ihnen aus?“

Patient: „Im Moment bin ich etwas überfordert. Ich glaube nicht, dass ich jetzt besonders viel aufnehmen kann.“

Arzt: „Dann schlage ich vor, dass ich heute nur ein paar wenige Punkte mit Ihnen durchgehe und wir einen weiteren Termin ausmachen, bei dem vielleicht auch Ihre Frau dabei sein kann.“

Beim nächsten Termin hat der Patient den ersten Schock vielleicht schon verdaut und ist aufnahmefähiger. Außerdem ist es wahrscheinlich hilfreich für den Betroffenen, wenn eine Person seines Vertrauens anwesend ist, für die die Informationen zur Erkrankung genauso relevant sind wie für ihn selbst.

2. CHUNKS UND CHECKS³⁾

Wenn der Wissensstand des Patienten erhoben ist, ist der Arzt an der Reihe, sein Wissen an den Patienten weiterzugeben. Aber wie bereitet man komplexe Inhalte so auf, dass sie leicht verständlich sind und auch in Erinnerung bleiben? Der Schlüssel dazu ist, das Gespräch möglichst interaktiv zu gestalten: die Informationen in kleinen Häppchen (Chunks) zu verabreichen und – das Wichtigste – Pausen zu machen, um dem Patienten die Gelegenheit zu geben, den Bissen zu verdauen und Fragen zu stellen, sowie nach jedem Häppchen das Verständnis sicherzustellen (Checks). Folgende Frage kann dazu dienen, das Verständnis zu überprüfen, ohne den Patienten vor den Kopf zu stoßen:

„Das waren jetzt ganz schön viele Informationen. Ich bin mir nicht sicher, ob ich mich klar und verständlich ausgedrückt habe. Dürfte ich Sie bitten, in eigenen Worten zu wiederholen, was wir besprochen haben?“

Damit übernimmt der Arzt voll und ganz die Verantwortung für das Verständnis – oder Unverständnis – seines Patienten. Wenn notwendig, kann bei dieser Gelegenheit falsch Verstandenes richtiggestellt oder noch einmal erklärt werden. Die Reaktion des Patienten auf diese Frage dient außerdem als Orientierungshilfe, wie weiter vorzugehen ist: ob es in diesem Moment mehr oder weniger Information braucht und welcher Art.

Gut für das Verständnis ist es, die Information von Anfang an klar zu strukturieren und in einer logischen Reihenfolge zu präsentieren. Dafür empfiehlt sich die Buchmetapher: Informationen werden wie in einem Buch aufbereitet: mit Überschrift, Hauptkapiteln und Unterkapiteln. Zum Beispiel:

„Es gibt drei Dinge, über die ich heute gerne mit Ihnen sprechen will: Erstens will ich Ihnen meine Vermutung mitteilen, womit wir es hier zu tun haben. Zweitens möchte ich Ihnen erklären, welche Untersuchungen noch gemacht werden müssen. Und drittens würde ich mit Ihnen gerne über mögliche Therapieoptionen sprechen. Fangen wir mit dem ersten Punkt, der Diagnose, an ... Kommen wir zum dritten Punkt, den Therapieoptionen: Bei der Therapie gibt es drei Säulen. Erstens ...“

Am Ende jeden Abschnitts sollte das Wichtigste nochmals kurz zusammengefasst werden, um die Informationen zu festigen. Dann geht es – unter Ankündigung und entsprechender Überleitung – zum nächsten Abschnitt weiter. Wichtig dabei ist, eine prägnante, leicht verständliche Sprache zu verwenden und Fachjargon zu vermeiden. Fallen dennoch medizinische Fachbegriffe, sollten diese erklärt werden. Zum besseren Verständnis können auch Diagramme, Modelle, schriftliche Unterlagen und Anleitungen herangezogen werden. Diese Hilfsmittel dürfen aber nicht als Ersatz für ein ausführliches Arzt-Patienten-Gespräch dienen. ▶

3. GEMEINSAMES VERSTÄNDNIS ERZIELEN

Es ist enorm wichtig, ein gemeinsames Verständnis zu erzielen, sowohl für die Arzt-Patienten-Beziehung als auch für die Compliance. Dies kann erreicht werden, indem die Informationen des Arztes mit dem Krankheitsmodell des Patienten bzw. mit seinen zuvor geäußerten Ideen, Sorgen und Erwartungen in Beziehung gebracht werden. So gelingt es viel eher, den Patienten ins Boot zu holen. Zum Beispiel:

„Sie haben mir zuvor erzählt, dass Sie manchmal plötzlich Herzrasen bekommen und das Gefühl haben, keine Luft zu bekommen. Das ist sicherlich sehr besorgniserregend für Sie, und ich verstehe, dass Sie dabei an eine Herzerkrankung gedacht haben. Bei den Untersuchungen konnten wir allerdings nichts finden, das dazu passen würde. Deshalb glaube ich, dass wir in Richtung Panikattacken denken müssen.“

Das gemeinsame Verständnis lässt sich auch verbessern, indem man den Patienten dazu ermutigt, sich einzubringen: Fragen zu stellen, Überzeugungen und Zweifel zu äußern. Verbale und nonverbale Hinweise können extrem hilfreich sein und sollten aufgegriffen werden. Viele Patienten trauen sich zum Beispiel nicht, den Arzt bei seinen Ausführungen zu unterbrechen. Beobachtet man den Patienten genau, kann man anhand des Gesichtsausdrucks, einer kleinen Kopfbewegung oder eines leisen Seufzers erkennen, wenn er etwas nicht verstanden oder einen Einwand vorzubringen hat. Oft nimmt das Gespräch gerade dann die entscheidende Wendung, wenn so ein kleiner, auf den ersten Blick unbedeutender Hinweis des Patienten aufgegriffen und weiterverfolgt wird („Pick up the Cues!“).

Am Ende des Arzt-Patienten-Gesprächs geht es um die gemeinsame Entscheidungsfindung. Dafür sollten die eigenen Gedanken zu den Behandlungsoptionen in angemessener Weise mit dem Patienten geteilt werden. Selbstverständlich sind der Nutzen sowie die möglichen Nebenwirkungen und Risiken zu erläutern. Aber auch hier gilt es den Patienten aktiv mit einzubeziehen, nach seinen Ideen, Vorschlägen und Präferenzen zu fragen, den Patienten zu ermutigen – soweit er das will –, Entscheidungen mitzutreffen. Vorschläge bewähren sich besser als Anweisungen. So macht es zum Beispiel wenig Sinn, einem neu diagnostizierten Diabetes-Patienten zu verordnen, mindestens 15 Kilo abzunehmen, mehrmals pro Woche Sport zu betreiben, sich gesund zu ernähren und mit dem Rauchen aufzuhören. Stattdessen könnte man es so formulieren:

„Ernährung, Bewegung und generell ein gesunder Lebensstil sind bei Diabetes ganz wichtig. Was könnten Sie sich in einem ersten Schritt vorstellen, für Ihre Gesundheit zu tun?“

oder

„Wäre es für Sie vorstellbar, in einem ersten Schritt kleinere Strecken zu Fuß zu gehen, die Sie sonst mit dem Auto fahren? Oder die Treppen zu nehmen, wo Sie sonst mit dem Lift oder der Rolltreppe fahren?“

Ziel ist es, einen beidseitig akzeptierten Plan zu entwickeln, der die Sorgen und Wünsche des Patienten berücksichtigt und somit bessere Chancen hat, umgesetzt zu werden.

4. ÜBERBRINGEN SCHLECHTER NACHRICHTEN

Für viele Ärzte ist es eine große Herausforderung, schlechte Nachrichten überbringen zu müssen. Hier gilt es nicht nur, sehr komplexe und schwer zu verdauende Inhalte zu übermitteln, sondern auch und vor allem auf die aufkommenden Gefühle des Patienten einzugehen und die notwendige emotionale Unterstützung zu bieten.

Ein sechsstufiges Protokoll namens SPIKES⁴⁾ kann dabei helfen, diesen Balance-Akt besser zu bewältigen. Im ersten Schritt (S – Setting up the Interview) wird eine gute Gesprächsatmosphäre geschaffen: einen geeigneten Ort und Zeitpunkt wählen, für Ungestörtheit sorgen (Telefon oder Piepser lautlos stellen oder jemandem anderen überlassen), den Patienten über den Zeitrahmen informieren und – wenn gewünscht – Angehörige einladen. Natürlich sollte man die Befunde und Fakten gut kennen. Um sich mental auf das Gespräch vorzubereiten, empfiehlt es sich, einen Moment innezuhalten, bevor man sich in das Gespräch begibt. Im zweiten Schritt (P – Assessing the Patient's Perception) wird erfragt, wie viel der Patient über seine medizinische Situation weiß und was bereits besprochen wurde. Im dritten Schritt (I – Obtaining the Patient's Invitation) geht es darum, sich vom Patienten klar den Auftrag für das Gespräch zu holen, z.B. mit der Frage:

„Wir haben jetzt die Befunde bekommen, und ich würde diese gerne mit Ihnen besprechen. Ist es für Sie in Ordnung, wenn wir offen darüber reden?“

Die meisten Patienten wollen im Detail über ihre Erkrankung informiert werden und wünschen sich Ehrlichkeit und Klarheit hinsichtlich der Diagnose und Prognose, nur wenige wollen das nicht. Danach zu fragen macht es für den Arzt wesentlich einfacher, sich dieser schwierigen Situation zu stellen. Meist stellt sich erst im Verlauf des Gesprächs heraus, wie viel an Information der Patient im Moment überhaupt aufnehmen kann.

Der vierte Schritt des SPIKES-Protokolls (K – Giving Knowledge and Information to the Patient) ist der der Informationsvermittlung, des Erklärens. Oft ist es hilfreich, den Patienten mit einem einführenden Satz vorzuwarnen: „Ich habe leider schlechte Nachrichten für Sie.“ Im Prinzip gelten ansonsten all die Regeln, die bereits besprochen wurden: Informationen in kleinen Häppchen geben; immer wieder überprüfen, ob der Patient verstanden hat, was besprochen wurde; Zeit geben, Fragen zu stellen; Pausen zu machen und auszuhalten; Fachjargon zu vermeiden. Immer wieder ist darauf zu achten, ob der Patient überhaupt noch aufnahmefähig ist. Wenn nicht, kann der Vorschlag gemacht werden, das Gespräch an einem anderen Tag weiterzuführen.

Schritt 5 (E – Addressing the Patient's Emotions with Empathic Responses) ist jener Schritt, der den Schlüssel einerseits für das Verständnis des Patienten, aber auch für die Arzt-Patienten-Beziehung und letztendlich für die Zufriedenheit der Ärzte im Gespräch darstellt: das Eingehen auf die Emotionen des Patienten, sprich die Gefühle des Patienten wahrzunehmen, anzusprechen und damit umzugehen: „Mir kommt vor, Sie sind gerade sprachlos“ oder „Ich sehe in Ihrem Blick Traurigkeit, Verzweiflung“. Zeigt der Patient keine Gefühlsregung, kann man ihm signalisieren, dass Emotionen in diesem Gespräch Platz haben, ihn motivieren, Emotionen zuzulassen. Mittlerweile weiß man, dass das adäquate Eingehen auf die Emotionen der Schlüssel für ein gelingendes Patientengespräch ist. Schritt 6 (S – Strategy and Summary) dient dazu, ge-

meinsam eine Strategie zu entwickeln und eine Zusammenfassung des Gesprächs zu machen. Bevor über die Behandlung gesprochen wird, sollte jedoch sichergestellt werden, dass der Patient dazu bereit ist. Auch hier gilt es, den Patienten in den Entscheidungsprozess hinsichtlich unterschiedlicher Therapieoptionen einzubeziehen.

5. LERNEN IM TUN

Gute Gesprächsführung ist erlernbar – das hat die Forschung gezeigt. Dass gute Gesprächsführung nicht allein durch die Lektüre der entsprechenden Literatur oder eines DFP-Artikels erlernt werden kann, ist klar. Dafür muss man sich schon in medias res begeben. Zu diesem Zweck gibt es spezifische Kommunikations-trainings (siehe Factbox S. 25), bei denen man in Rollenspielen mit Schauspielpatienten üben kann. Das Ausschlaggebende dabei ist, dass man unmittelbar Feedback vom Schauspielpatienten, den anderen Teilnehmern und dem Lehrenden bekommt und sofort die Chance erhält, es noch einmal zu versuchen. Lernen passiert im Tun. Und das Gute an der Kommunikation ist ja, dass es praktisch ständig Übungsmöglichkeiten gibt – in jedem einzelnen Gespräch, das wir mit Patienten führen.

Ärztlicher Fortbildungsanbieter:

Österreichische Gesellschaft für Allgemein- und Familienmedizin (ÖGAM)

Lecture Board:

Dr. Miriam Lainer

Dr. Reinhard Dörflinger

Quellen:

1) Sator, Marlene & Nowak, Peter & Menz, Florian & Geisler, Regina. (2015). Verbesserung der Gesprächsqualität in der Krankenversorgung - Ergebnisbericht.

2) Jonathan Silverman, Suzanne Kurtz, Juliet Draper: „Skills for Communicating with Patients“, Third Edition, CRC Press Taylor & Francis Group. Dialog-Beispiele sind zum Teil angelehnt an Beispiele aus dem Buch.

3) Calgary - Cambridge Guide to the Medical Interview – Communication Process; Kurtz SM, Silverman JD, Draper J (1998) Teaching and Learning Communication Skills in Medicine. Radcliffe Medical Press (Oxford); Silverman JD, Kurtz SM, Draper J (1998) Skills for Communicating with Patients. Radcliffe Medical Press (Oxford)

4) SPIKES - A Six-Step Protocol für Delivering Bad News: Application to the Patient with Cancer; The Oncologist 2000; 5:302-311

DFP-Literaturstudium im ärztemagazin

medonline.at/lernwelt

Direkt zum Fragebogen:
medonline.at/aem-dfp0719-3

- **1 DFP-Punkt** bei mind. 2 vollständig richtig beantworteten Fragen.
- Dieser Fortbildungsartikel ist gültig bis Juli 2022
- Einsenden per Fax (01/546 00-730) oder Post an ärztemagazin, Forum Schönbrunn, Grünbergstraße 15, 1120 Wien
- Einsendeschluss per Fax oder Post bis 5. August 2019
- Auf **Fortbildungskonten** werden erworbene Punkte automatisch gebucht. Teilnahmebestätigungen sind auf meindfp.at downloadbar. Teilnehmern per Post oder Fax wird die Bestätigung per E-Mail zugesendet.



Sie haben ein DFP-Fortbildungskonto?

Ja – dann buchen wir Ihre DFP-Punkte automatisch!

Nein – ich möchte meine Teilnahmebestätigung per Post erhalten:
per Mail erhalten:

Ich möchte mit dem Newsletter von medonline.at regelmäßig informiert werden:

DFP Allgemeinmedizin – „Komplexe Diagnosen erklären“ – ärztemagazin 7/2019

Die Anzahl der richtigen Antworten ist in Klammern angegeben.

1) Worauf wirkt sich gute Gesprächsführung nachweislich aus? (4 Richtige):

- a) Auf die Leistung des Gesundheitspersonals
- b) Auf die Patientensicherheit
- c) Auf das Gesundheitsverhalten der Patienten
- d) Auf die Patientenzufriedenheit und den Gesundheitszustand
- e) Auf die Arbeitszufriedenheit und die Gesundheit der Mitarbeiter

2) Was bedeutet „Chunks“ und „Checks“ im Zusammenhang mit dem Arzt-Patienten-Gespräch? (1 Richtige):

- a) Laborwerte mit dem Patienten Stück für Stück durchgehen
- b) Die Erhebung der Vorerkrankungen anhand eines Fragebogens vornehmen
- c) Das Arzt-Patienten-Gespräch in Rechnung stellen
- d) Inhalte im Arzt-Patienten-Gespräch in kleinen Häppchen präsentieren und immer wieder auf Verständnis überprüfen
- e) Die Untersuchungsergebnisse möglichst vereinfacht darstellen

3) Wofür steht das erste S bei SPIKES, dem Protokoll für das Überbringen schlechter Nachrichten? (1 Richtige):

- a) Für „See the Patient“: den Patienten im Gespräch wahrnehmen
- b) Für „Say the Truth“: dem Patienten die Wahrheit sagen
- c) Für „Setting up the Interview“: die Rahmenbedingungen für das Gespräch schaffen
- d) Für „Spare the Patient“: den Patienten möglichst schonen
- e) Für „Scan the Patient’s Feelings“: die Gefühle des Patienten überprüfen

Bitte gut leserlich ausfüllen und E-Mail-Adresse angeben:

ÖÄK-Arztnummer (Pflichtfeld!)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Name

Anschrift

PLZ/Ort E-Mail

Mit Ihrer Teilnahme akzeptieren Sie unsere AGB und erklären sich damit einverstanden, dass die von Ihnen übermittelten personenbezogenen Daten für die Durchführung und Abwicklung verwendet und, wie in der Datenschutzerklärung ersichtlich, verarbeitet werden. Die AGB und Datenschutzerklärung der Medizin Medien Austria GmbH finden Sie auf medonline.at
DVR-Nr.: 4007613