



KASSENÄRZTLICHE
BUNDESVEREINIGUNG

ARZT-PATIENTEN-KOMMUNIKATION

MODUL FÜR MODERATOREN

SEPTEMBER 2018



INHALT

ARBEITSZIELE	4
.....	
THEMENHINTERGRUND	5
.....	
THEORETISCHE GRUNDLAGEN	6
.....	
EMPFEHLUNGEN FÜR DIE ZIRKELMODERATION	13
.....	
UNTERSTÜTZENDE MATERIALIEN	21
.....	
KURZVERSION	29
.....	
LINKS UND LITERATUR	31
.....	
LITERATURVERZEICHNIS	32
.....	
ANLAGEN: Präsentation Modul „Arzt-Patienten-Kommunikation“ Präsentation „Fallbeispiele“ (Download unter www.kbv.de/qz ; Stichwort QZ-Module)	

Autoren:

Steffi Biskupek-Kräker
Stephan Gotsmich
Ingrid Quasdorf

Mitwirkung:

Tomas Arato
Jochen Gleißner
Christoph Männel
Jörg Pscherer

ARBEITSZIELE

FÜR TUTOREN:

- › Der Tutor weiß um die Bedeutung der Arzt-Patienten-Kommunikation für eine erfolgreiche Patientenversorgung und kann sie Moderatoren darstellen.
- › Er besitzt Kenntnisse zu Grundprinzipien und Methoden der Kommunikation, insbesondere auch zu den Besonderheiten der Arzt-Patienten-Kommunikation, und kann diese an Moderatoren vermitteln.
- › Der Tutor verfügt mit dem Modul über einen Leitfaden, mit dem das Thema in Grundzügen mit Ärzten und Therapeuten im kollegialen Austausch bearbeitet werden kann.
- › Auf der Grundlage des hier vorliegenden Moduls kann er Moderatoren anleiten, einen Qualitätszirkel/QZ zum Thema durchzuführen.

FÜR MODERATOREN:

- › Der Moderator verfügt über theoretische Grundkenntnisse zum Ablauf von Kommunikationsprozessen und zu verschiedenen Kommunikationsmodellen.
- › Er hat einen strukturierten Ablaufplan zur Durchführung einer Qualitätszirkelsitzung zum Thema Arzt-Patienten-Kommunikation erhalten und kann einen Zirkel danach moderieren.
- › Der Moderator kann die empfohlenen Medien und Instrumente für eine strukturierte Zirkelarbeit nutzen.
- › Er kann mit den QZ-Teilnehmern interaktiv am Thema arbeiten.

FÜR TEILNEHMER:

- › Die Qualitätszirkel-Teilnehmer haben ihre Kommunikationskompetenz weiterentwickelt.
- › Sie haben verschiedene Modelle der Arzt-Patienten-Kommunikation kennengelernt und können sie für den Praxisalltag nutzen.
- › Sie sind in der Lage, ihre Kommunikation situativ auf verschiedene Patientengruppen einzustellen und haben Sicherheit gewonnen.
- › Die Teilnehmer können eigene Unsicherheiten in der Kommunikation erkennen und abbauen und einen eigenen Stil entwickeln.
- › Die Rolle der Gesprächsführung im Praxisalltag ist erkannt.

THEMENHINTERGRUND

Kommunikation ist eine ärztliche/ psychotherapeutische Kernkompetenz. Eine gute Kommunikation zwischen Arzt und Patient beeinflusst den Behandlungsverlauf und das Behandlungsergebnis positiv. Dagegen können Kommunikationsprobleme sowohl auf der Seite der Patienten als auch des Arztes zu Missverständnissen oder Unzufriedenheit führen und im schlimmsten Fall die Patientensicherheit gefährden. Eine sichere Gesundheitsversorgung benötigt daher auch eine gelungene Kommunikation.

Um Patienten gut und sicher zu versorgen, bedarf es verschiedener Kommunikationsprozesse. Dazu zählt in erster Linie das Arzt-Patienten-Gespräch, das Grundlage für die Anamnese, Diagnostik und Therapie oder Weiterbehandlung ist. Der Arzt erhebt Informationen (Beschwerden, Symptome, soziales Umfeld usw.) und vermittelt Informationen (Therapieansatz, Arzneimittelwirkungen, Kontakt- und Selbsthilfestellen). Er erläutert sein Vorgehen. Zusätzlich beraten Arzt und Praxispersonal die Patienten z.B. zu Fragen einer gesunden Lebensführung oder zu Präventionsangeboten. Dabei soll der Arzt Empathie zeigen und eine Beziehung zum Patienten aufbauen. Das Gespräch ist wichtige Voraussetzung für die Patientenadherence.

Der Arzt hört zu, fragt nach, reflektiert, klärt auf, informiert, erklärt und motiviert. Studien belegen, dass ärztliche Überzeugungsarbeit die Wirksamkeit einer Therapie steigern kann.

Viele Informationen gibt der Patient bereits am Telefon oder am Empfang an das Praxispersonal, also die Medizinischen Fachangestellten, weiter. Solche Informationen sind notwendig, um zum Beispiel über die Dringlichkeit der Behandlung zu entscheiden, insbesondere in Notfallsituationen. Für einen reibungslosen Praxisablauf stellt daher die interne Kommunikation im Team eine grundlegende Voraussetzung dar. Teambesprechungen sorgen dafür, dass jedes Praxismitglied seine Rolle in diesem Prozess kennt und wahrnimmt und über die für seine Aufgaben notwendigen Informationen verfügt.

Je nach Komplexität oder Schwere der Erkrankung sind weitere Ärzte, zum Beispiel im Krankenhaus, Therapeuten, Pflegedienste oder andere Professionen in den Behandlungsprozess eines Patienten eingebunden. Eine klar definierte mündliche oder schriftliche externe Kommunikation mit allen beteiligten Akteuren ist dabei eine wichtige Voraussetzung für den Behandlungserfolg.

Qualitätszirkel bieten einen geschützten Raum, um Kommunikationsprozesse aus dem Arbeitsalltag der Teilnehmer zu reflektieren und so die Kommunikationskompetenz der Teilnehmenden weiterzuentwickeln. Das hier vorliegende Modul, das den Fokus auf das Arzt-Patienten-Gespräch legt, soll dabei hilfreiche Unterstützung bieten. Es versteht sich als Empfehlung und kann frei ausgestaltet werden.

Darüber hinaus ist das Thema Kommunikation in fast allen Themen-Modulen für Qualitätszirkel verankert (www.kbv.de/qz, *QZ-Module*). So geht es beispielsweise bei einer Patientenfallkonferenz im Qualitätszirkel um die Erörterung von komplexen Patientenfällen und die Weiterentwicklung der Behandlungspraxis im kollegialen Dialog, dabei spielt die Analyse der Arzt-Patienten-Beziehung eine wichtige Rolle. Im Modul „Anwendung von Coaching-Techniken“ steht die kollegiale Beratung im Mittelpunkt und im Modul „Suchtmittelgebrauch“ stellt die motivierende Gesprächsführung das zentrale Element dar – um nur einige Beispiele zu nennen.

THEORETISCHE GRUNDLAGEN

Die Kommunikation zwischen Arzt und Patient umfasst verschiedene Aspekte, die im Rahmen der Zirkelarbeit erörtert werden sollten und die durch geeignete Instrumente unterstützt werden. Das sind zum Beispiel:

- › Aktives Zuhören
- › Nachfragen
- › Erläutern (Was mache ich?)
- › Informieren (z.B. zu Medikation, Lebensführung)
- › Gemeinsam Entscheidungen treffen
- › Motivieren
- › Patienten führen/lenken

Schweickhardt und Fritzsche¹ beschreiben die Ziele der ärztlichen Konsultation wie folgt:

1. Aufbau einer guten Arbeitsbeziehung
2. Präzise Definition des Patientenproblems durch Austausch von Informationen über Gründe der Konsultation, Ursache für die dargestellten Beschwerden, Kennenlernen der Belastungen durch die Erkrankung und die konkreten Ziele der Konsultation
3. Verbesserung der Kompetenz des Patienten durch Information und Beratung
4. Treffen medizinischer Entscheidungen mit dem Patienten
5. Sicherung der Compliance und Angebot von emotionaler Unterstützung in belastenden Situationen
In dieser Publikation finden sich

zahlreiche Beispiele, die für die Zirkelarbeit genutzt werden können.

Einen kompakten Überblick zu den Grundlagen der Kommunikation im medizinischen Alltag gibt zum Beispiel der von der Ärztekammer Nordrhein herausgegebene Leitfaden für die Praxis.²

Im Praxisalltag steht für die Arzt-Patienten-Kommunikation nur eine begrenzte Zeittressource zur Verfügung. Die nachfolgenden Tipps helfen, die Aufnahmefähigkeit des Patienten und die Verständlichkeit des Gesagten zu unterstützen.

7 TIPPS FÜR EINE GELUNGENE ARZT-PATIENTEN-KOMMUNIKATION³

Tipp 1: Nehmen Sie das Anliegen des Patienten ernst.

Tipp 2: Bauen Sie Ihre kommunikative Kompetenz aus.

Tipp 3: Sorgen Sie für Verständlichkeit.

Tipp 4: Erwerben Sie Fragekompetenz.

Tipp 5: Kommunizieren Sie respektvoll und geduldig.

Tipp 6: Beteiligen Sie den Patienten an der Entscheidung.

Tipp 7: Die Wahrnehmungsbille des Patienten aufsetzen.

Gute Kommunikation und Kommunikationstechniken sind zentrale Elemente für den Erfolg der Arzt-Patienten-Beziehung. Jede Kommunikation beginnt mit einem Gedanken, den der Betreffende in eine hör- und sichtbare kommunizierbare Botschaft transformiert (verbale und

nonverbale Kommunikation). Der Empfänger muss die Botschaft erfassen und entschlüsseln. Hilfreich ist in diesem Kontext, sich das Vier-Ohren-Modell von Friedemann Schulz von Thun⁴ zu veranschaulichen.

DAS VIER-OHREN-MODELL

Was beinhaltet eine Botschaft und wie kommt sie an?

Nach dem weithin in der Sozialpsychologie anerkannten „Vier-Ohren-Modell“ von Friedemann Schulz von Thun enthält jede Äußerung vier Botschaften, ob man will oder nicht:

- › eine Sachinformation (worüber ich informiere)
- › eine Selbstkundgabe (was ich von mir zu erkennen gebe)
- › einen Beziehungshinweis (was ich von dir halte und wie ich zu dir stehe)
- › einen Appell (was ich bei dir erreichen möchte)

Friedemann Schulz von Thun hat daher 1981 die vier Seiten einer Äußerung als Quadrat dargestellt und dementsprechend dem Sender „vier Schnäbel“ und dem Empfänger „vier Ohren“ zugeordnet.

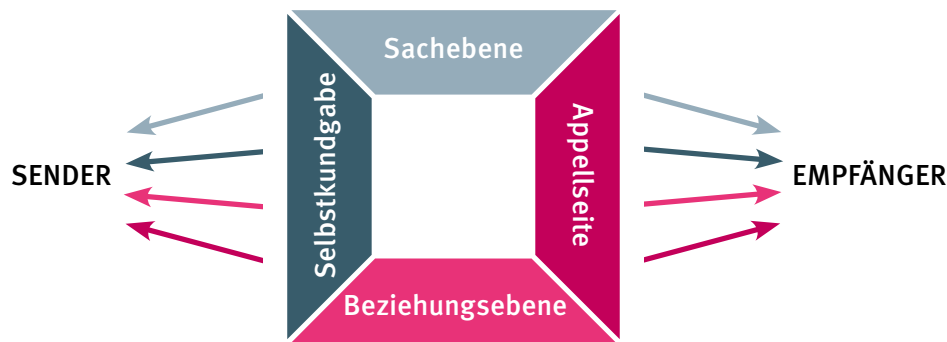


Abbildung: Vier Seiten einer Nachricht (eigene Abbildung KBV)

Dazu einige Beispiele:

Beispiel 1: „Das Essen schmeckt aber heute lecker.“

Interpretation des Empfängers:

- a) Schmeckt das Essen sonst nicht?
- b) Es wird ein Kompliment gemacht, was will man dafür?
- c) Es ist schön, dass sich der Aufwand zu kochen gelohnt hat.

Sachebene

Der Geschmack des Essens ist gut.

Selbstkundgabe des Senders

Das Essen schmeckt ihm.

Beziehungsebene

Das Thema Essen als Gemeinsamkeit zwischen Sender und Empfänger und als Anknüpfungspunkt für eine weitere Kommunikation.

Appellebene könnte sein

„Es schmeckt, ich möchte mehr davon.“ Oder: „Ich möchte dir ein Kompliment machen.“

Beispiel 2: „Herr Doktor, mir geht es schlecht.“

Der einfache Satz des Patienten beinhaltet demzufolge vier Botschaften:

Sachebene

Der Fakt: Dem Patienten geht es schlecht. Hier steht die Sachinformation im Vordergrund. Es geht um Daten, Fakten, Sachverhalte.

Selbstkundgabe

Selbstoffenbarung des Patienten: „Ich kann mir nicht allein helfen.“

Wenn jemand etwas von sich gibt, gibt er auch etwas von sich. Jede Äußerung enthält auch eine Selbstkundgabe, implizit oder explizit als „Ich-Botschaft“. Der Empfänger hört mit dem Selbstkundgabe-Ohr: Was sagt mir das über den Anderen? Was ist das für einer? Wie ist er gestimmt?

Beziehungsebene

Der Patient vertraut sich dem Arzt an. Er vertraut darauf, dass er ihm helfen kann.

Durch die Art und Weise, wie jemand angesprochen wird (Formulierung, Tonfall, Begleitmimik), gibt der Äußernde auch zu erkennen, wie er zu dem Angesprochenem steht. In jeder Äußerung steckt somit auch ein Beziehungshinweis. Aufgrund dieses „Beziehungs-Ohres“ kann der Empfänger entscheiden: „Wie fühle ich mich behandelt durch die Art, in der der Andere mit mir spricht? Was hält der Andere von mir und wie steht er zu mir?“

Appellseite

Der Patient möchte, dass der Arzt etwas tut/ihm hilft.

Wenn jemand das Wort ergreift und es an jemanden richtet, will er in der Regel auch etwas bewirken. Hier der Appell des Patienten: „Helfen Sie mir!“

Beispiel 3: „Sie klagen über Husten. Rauchen Sie?“

Sachebene

Die Frage ist Teil der Anamnese. Rauchen könnte eine Ursache des Hustens sein.

Selbstkundgabe

Ich arbeite gewissenhaft und ziehe alle Krankheitsursachen in Betracht.

Beziehungsebene

Der Sender (Arzt) möchte dem Empfänger (Patient) helfen.

Appellseite

Der Empfänger interpretiert: „Hören Sie auf zu rauchen!“

Der Qualitätszirkel kann praxisbezogene Beispiele kurz auf diese vier Aspekte hin analysieren (siehe auch Präsentation „Fallbeispiele“).

Was bei meinem Gegenüber ankommt, ist von verschiedenen Faktoren abhängig, z.B. von seiner Erwartungshaltung mir gegenüber, seiner emotionalen Situation (Angst, Vertrauen, Stimmung, Persönlichkeitsbesonderheit), seinen Erfahrungen mit ähnlichen Situationen und vielem mehr. All das bezieht sich auf den emotional bestimmten Beziehungsaspekt der Kommunikation, in den auch nonverbale Aspekte einfließen.

Die italienische Familientherapeutin Virginia Satir hat vier negative Kommunikationsarten⁵ genannt und beschrieben, die es für eine gelingende Kommunikation zu vermeiden gilt. Das sind:

- › Trösten und Beschwichtigen
- › Drohen und Anklagen
- › Rationalisieren
- › Ablenken

1. Trösten und Beschwichtigen

Auf den ersten Blick wirkt Trösten zutiefst menschlich. Und natürlich sollte die Arzt-Patient-Beziehung von Empathie, dem Mitfühlen für die Situation des anderen getragen sein.

Der Patient kommt jedoch mit einem Problem, welches gelöst oder behandelt werden soll und dieses wird beim Trösten nicht mehr beachtet.

Insofern können Sätze, wie „Das wird schon wieder.“ oder „Ich kann verstehen, wie es Ihnen geht.“ durchaus als Abwertung oder Nicht-ernst-nehmen des Problems durch den Patienten empfunden werden. Es wirkt wie „Abwählen des Themas“ oder auch „Nehmen Sie sich nicht so wichtig.“

Man könnte auch hierzu eine Übung machen, also: Wann sind Sie schon mal getröstet worden? Gab es dabei unangenehme Empfindungen? Was wäre besser gewesen, was hätten Sie sich gewünscht?

2. Drohen und Anklagen

Eine Drohung und/oder eine Anklage betonen den komplementären Aspekt der Gesprächssituation und bewirken im Regelfall den Rückzug. Trotzdem gibt es sehr viele subtile Formen des Drohens, auch im medizinischen Kontext. „Wenn Sie nicht aufhören zu rauchen, werden Sie an Lungenkrebs sterben.“ Dies ist sicher statistisch unterlegt, im Einzelfall nicht immer gültig, bewirkt aber immer eine Störung in der Gesprächsführung, insbesondere auf der Beziehungsebene.

„Wenn Sie aufhören würden zu rauchen, leben sie länger.“ unterbricht den Beziehungsfaden nicht und könnte im positiven Fall den Patienten dazu bewegen, über die Gründe fürs Rauchen nachzudenken. Es gibt sicher Patienten, die nur mit Nachdruck zu bewegen sind. Trotzdem ist eine Drohung eine Beziehungsbelastung.

Haben Sie schon einmal einem Patienten gedroht? Wie hat der Patient darauf reagiert? Wie reagieren Sie selbst auf Drohungen?

3. Rationalisieren

In der Psychoanalyse ist Rationalisieren ein Mechanismus zur Abwehr von Emotionalität. Also ein Mechanismus, um Gefühle nicht wahrzunehmen. Sicher sind medizinische Entscheidungen logisch und auf rationale Gründe zurückzuführen. Insbesondere die Angst des Patienten darf aber nicht unbeachtet bleiben.

Benutzen Sie Rationalisierungen? Wer in Ihrem Umfeld reagiert negativ, wer positiv darauf?

4. Ablenken

Ablenken ist eine Reaktionsweise zur Konfliktvermeidung. Sie verhindert jedoch eine Problemlösung und wirkt auf die Betroffenen im Sinne des Nicht-ernst-genommen-Werdens, des Veralbert-Werdens.

Wie reagieren Sie auf Ablenkungsmanöver? In welcher Situation ist Ablenkung angemessen? Alle diese Unterpunkte könnte man noch ausführlicher beschreiben oder erläutern bzw. man müsste auch noch einmal etwas anderes formulieren.

Mit ihren „Fünf Freiheiten“ hat Virginia Satir⁶ Hinweise entwickelt, die den Menschen in Gesprächen mehr Authentizität und mehr Wohlbefinden verschaffen.

- › Zu sehen und zu hören, was in mir ist und mit mir ist und nicht, was dort sein sollte, dort war oder vielleicht sein könnte!
- › Zu sagen, was ich fühle und denke und nicht, was ich sagen sollte!
- › Zu fühlen, was ich fühle und nicht das, was ich fühlen sollte!
- › Zu fragen, was ich möchte und nicht warten, warten, warten auf Erlaubnis!
- › Zu wagen, was mich reizt, statt immer nur Sicherheit zu wählen!

Eine wichtige Kommunikationstechnik ist das aktive Zuhören. Diese Technik wird zum Beispiel im „Kursbuch ärztliche Kommunikation“ (Schweickhardt/Fritsche 2009) ausführlich beschrieben. Techniken des aktiven Zuhörens sind:

- › Ausreden lassen
- › Offene Fragen stellen
- › Nachfragen

- › Abwägen
- › Pausen machen
- › Ermutigen zur Weiterrede
- › Paraphrasieren
- › Spiegeln von Emotionen

Aktives Zuhören beeinflusst das Behandlungsergebnis, insbesondere z.B. die Therapietreue und die Mitwirkung des Patienten. Wichtig ist, den Patienten nicht bereits nach 20 Sekunden zu unterbrechen, bei einer Kommunikationsdauer unter 30 Sekunden besteht das Risiko eines Informationsgaps.

„Die Natur hat uns nur einen Mund, aber zwei Ohren gegeben, was darauf hindeutet, dass wir weniger sprechen und mehr zuhören sollten.“ (Zenon von Elea, griechischer Philosoph, 430-490 J. v. Chr.)

Um Handeln zu können, muss man zunächst verstehen, worum es geht.

Aktiv Zuhören meint, sich für das Verstehen und die Kontaktaufnahme zum Partner einen Moment mehr Zeit zu nehmen, um dann besser handeln zu können.

4 SCHRITTE DES AKTIVEN ZUHÖRENS

1. Wahrnehmung: Signale zum Gespräch geben

Zu Beginn stehen einfache Signale, die den Patienten zum Gespräch auffordern, wie zum Beispiel:

- › Was führt Sie zu mir?
- › Womit kann ich helfen?

2. Verstehen

Beim Verstehen wird das Gehörte vom Zuhörer aufgenommen. Der zweite Schritt ist daher das Paraphrasieren und/oder Verbalisieren. Der Arzt fasst das Gesagte in seinen Worten zusammen. Er stellt damit sicher, dass der Patient das Gesagte

verstanden hat. Er verbalisiert anschließend das Gefühl des Patienten, welches er hinter dem Gesagten vermutet oder verstanden hat. Damit kommt das Gespräch in Gang.

3. Bewerten

Dieser Vorgang passiert automatisch. Alles, was wir hören, wird von uns bewertet und von uns dahingehend analysiert, ob das Gesagte unserer Meinung entspricht. Besonders hier sind Rückfragen wichtig, um Missverständnisse zu eliminieren.

4. Reaktion

Im vierten Schritt wird die Technik des Verbalisierens fortgesetzt. Hypothesen oder Absichten sollen bewusst gemacht werden. Hier liegt der Schwerpunkt auf der nonverbalen Reaktion. In Mimik, Gestik und auch durch Blickkontakt kann geschaut werden, wie der Kontakt zum Patienten ist.

Beispiele:

PATIENT ÄUSSERT:	ARZT PARAPHRASIERT:	ARZT VERBALISIERT:
Mir ist immer so schwindlig.	Wenn Sie vom Liegen aufstehen, wird Ihnen drehend.	Das macht Ihnen Sorge.
Von den Tabletten wird mir übel.	Wenn Sie die Tabletten nehmen, müssen Sie erbrechen.	Das wird Sie mürbe machen.

Paul Watzlawick darf mit Sicherheit als der „Urvater“ der Kommunikationsforschung betrachtet werden. Seine 5 Axiome, also Grundregeln der zwischenmenschlichen Kommunikation⁷, hat er in verschiedenen wissenschaftlichen als auch populärwissenschaftlichen Publikationen veröffentlicht. Sie stellen eine weitere theoretische Grundlage für die Reflexion von Kommunikationsprozessen im Qualitätszirkel dar:

Fünf Axiome der Kommunikation nach Paul Watzlawick (Jörg Pscherer)

1. Man kann nicht nicht kommunizieren!
2. Jede Kommunikation hat einen Inhalts- und einen Beziehungsaspekt.
3. Kommunikation ist immer Ursache und Wirkung.

4. Kommunikation bedient sich analoger und digitaler Modalitäten.
5. Kommunikation ist symmetrisch oder komplementär.

Ad 1)

Man kann nicht nicht kommunizieren, denn jede Kommunikation (nicht nur mit Worten) ist Verhalten und genauso wie man sich nicht nicht verhalten kann, kann man nicht nicht kommunizieren.

› Jedes Verhalten in einer kommunikativen Situation ist Ausdruck einer Mitteilung (Tonfall, Sprechtempo, Pausen, Körpersprache).

› Beispiel: Dr. Muster schaut im Patientengespräch permanent aus dem Fenster.

Ad 2)

Jede Kommunikation hat einen Inhalts- und einen Beziehungsaspekt, wobei letzterer den ersten bestimmt.

› Der Inhaltsaspekt vermittelt die „sachliche“ Information. Der Beziehungsaspekt vermittelt die Botschaft über das Verhältnis der Kommunikationspartner zueinander.

› Ursachen für Störungen: Der Inhaltsaspekt vermittelt scheinbar sachliche Botschaften, während der Beziehungsaspekt deutliche Ablehnung des Partners übermittelt.

› Beispiel: „Haben Sie sich eigentlich an meine Verschreibung gehalten?“

Ad 3)

Die Natur einer Beziehung ist durch die Interpunktion der Kommunikationsabläufe seitens der Partner bedingt.

› Verhaltensketten in der Kommunikation können unterschiedlich interpretiert werden.

› Ursachen für Störungen: Es werden unterschiedliche Interpunktionspunkte von den Gesprächspartnern gesetzt. Das Ursache-Wirkungsgefüge wird verschieden gesehen.

› Beispiel: „Sie haben sich nicht dran gehalten!“ - „Sie haben es mir nicht gut erklärt!“

Ad 4)

Menschliche Kommunikation bedient sich digitaler (verbaler) und analoger (non-verbaler, nicht-sprachlicher) Modalitäten (Ausdrucksmittel).

› Digital: der Inhaltsaspekt einer Nachricht; Wissensübermittlung

› Analog: Beziehungsaspekt einer Nachricht (der archaische Teil der Kommunikation), ist mehrdeutig, wird interpretiert.

› Ursachen für Störungen: Digitale und analoge „Botschaften“ klaffen auseinander.

› Beispiel: „Sie haben meine ärztlichen Empfehlungen aber wirklich gut umgesetzt!“

Ad 5)

Zwischenmenschliche Kommunikationsabläufe sind entweder symmetrisch oder komplementär, je nachdem, ob die Beziehung zwischen den Partnern auf Gleichgewicht oder Unterschiedlichkeit beruht.

› Symmetrische Kommunikation entsteht bei gleichstarken Partnern: Streben nach Gleichgewicht und Verminderung von Unterschieden. Komplementäre Kommunikation entsteht bei ungleich starken Partnern: Es gibt eine inferiore und eine superiore Position; Partner ergänzen sich in ihrem Verhalten.

› Ursachen für Störungen: Symmetrischen Eskalation: Beide Partner wollen sich gegenseitig zeigen, dass sie die superiore Position haben. Komplementarität wird als Über-/Unterlegenheit gesehen.

› Beispiel: Dr. Muster und die Patientin streiten sich darüber, wer es besser weiß.

Zu den schwierigen Gesprächen im Behandlungsalltag gehört das Überbringen schlechter Nachrichten. Für Ärzte bedeutet das oftmals eine Belastungssituation mit erhöhtem Stresslevel. Die gemeinsame Analyse von Beispielfällen aus den Praxen der Zirkelteilnehmer kann zu mehr Sicherheit in diesen Situationen führen. Grundlage dafür kann das nachfolgende theoretische Modell sein:

Das SPIKES-Modell
(Jochen Gleißner)

Hilfreich bei schwierigen Gesprächen („breaking bad news“) kann die Orientierung am sogenannten SPIKES-Protokoll sein, das die verschiedenen Aspekte bei der Aufklärung in vier Zielen gut zusammenfasst.

1. Das Sammeln von Informationen über den aktuellen Wissensstand der Patienten

2. Die Mitteilung der medizinischen Fakten in Abhängigkeit von den Patientenbedürfnissen

3. Das Signalisieren von Unterstützung

4. Die Entwicklung eines Behandlungsplanes

Das Modell empfiehlt folgendes Vorgehen:

1. Setting (Vorbereitung des Gesprächs)

Damit ein Gespräch von Anfang an positiv verlaufen kann, sollten Sie es innerlich kurz reflektieren und seine Aufgabe durchdenken:

› Gesprächsvorbereitung mittels Akte

› ungestörte und angepasste Gesprächssituation herstellen (Räumlichkeit)

- › freundliche Begrüßung (Handschlag, evtl. andeutungsweise Geste zum Arm)

- › Gesprächsposition sitzend und auf gleicher Augenhöhe (Augenkontakt)

- › Ansprache mit Namen

2. Perception of the Illness (Feststellung der Sicht des Patienten auf seine Krankheit)

Zunächst sollten Sie versuchen, die Sicht des Patienten kennenzulernen. Dafür können Sie bestimmte Techniken, wie zum Beispiel die Wiederholung des Gesagten (Paraphrasieren) einsetzen.

Sie sollten auch das Verständnisniveau und das Vokabular des Patienten beachten und versuchen, dessen Sprache zu sprechen.

- › Was stört Sie am meisten?

- › Mit eigenen Worten wiederholen, was der Patient gesagt hat:
„... müssen nachts mehrfach zur Toilette?!.....“

- › keine Fachterminologie

3. Invitation (Einladung zur Mitteilung von Informationen)

Bevor Sie die medizinischen Informationen mitteilen, sollten Sie versuchen zu ermitteln, was der Patient erfahren will. Der Patient hat auch das Recht, nicht alles genau wissen zu wollen beziehungsweise zu einem späteren Zeitpunkt, wenn er zu einer Aufnahme eher bereit ist.

- › Beispiel:
Anatomie, Hilfsmittel, Untersuchungsmethoden erklären (CT, MRT, Port, Chemotherapie usw.)

- › Akzeptieren, wenn der Patient keine Details wissen will!

4. Knowledge (Wissen stärken und Informationen vermitteln)

Sie sollten möglichst keine medizinischen Fachausdrücke benutzen, einfach und verständlich informieren und kontrollieren, ob der Patient Sie versteht.

5. Emotions (Reaktion auf die Emotionen des Patienten)

Die Gefühle des Patienten sollten auf jeden Fall einbezogen werden. Wenn Emotionen berücksichtigt werden, können Informationen auch aufgenommen werden. Eine wesentliche Voraussetzung für den Umgang mit Gefühlen ist ein empathisches Verhalten.

- › Verständnis für Ängste

- › Verständnis für Scham

- › Verständnis für Abwehr

- › Verständnis für Verweigerung

6. Strategy and Summary (Zusammenfassung des Wissenstandes)

- › Diagnosemitteilung nur durch den Arzt

- › Therapieplan idealerweise gemeinsam mit Praxispersonal und Patienten festlegen

Das Besprechen des weiteren Vorgehens kann für manche Patienten einen Ausblick auf Therapie geben und damit Hoffnung vermitteln. Einige Patienten sind nach der Diagnosemitteilung jedoch nicht mehr aufnahmefähig und brauchen lediglich die Aussicht auf weitere ausführliche Gespräche zur Therapieplanung.

Pacing and Leading

Pacing and Leading sind Techniken aus dem Neurolinguistischen Programmieren (NLP). Das Ziel ist

einerseits die Kontaktaufnahme zu einer Person durch das Pacing, um sie dann in eine gewünschte Richtung führen zu können (Leading). Beim Pacing (englisch: Schritt halten) werden nonverbale Informationen des Patienten aufgegriffen und „gedoubelt“ z.B. in:

- › Körpersprache: Angleichen der Haltung, Gestik und Atemfrequenz

- › Mimik: Angleichen des Gesichtsausdrucks

- › Stimme: Angleichen der Stimmlage, der Lautstärke und der Sprechgeschwindigkeit

- › Sprache: Verwendung ähnlicher Wörter

Dieses Aufgreifen nonverbaler Informationen wird vom Patienten als „Verstandenwerden“ empfunden, Vertrauen kann darüber hergestellt werden. Im NLP wird dies als „Rapport“ bezeichnet.

Beim Leading werden dann die zu vermittelnden Informationen angekoppelt, sodass eine Lenkung in eine bestimmte Richtung erfolgen kann.

Informationen zur Methode „Pacing and Leading“ finden sich z.B. unter www.nlp-erlernen.de/techniken/pacing-und-leading/.

Besondere Anforderungen an die Arzt-Patienten-Kommunikation bestehen bei komplexen Versorgungssituationen, so zum Beispiel bei multimorbiden Patienten. In der 2017 veröffentlichten S3-Leitlinie Multimorbidität der DEGAM heißt es dazu: „Gespräche sind das Kernelement der hausärztlichen Betreuung von multimorbiden Patienten, ...“. Die Leitlinie gibt Tipps für die Gesprächsführung, Beratung und Aufklärung von Patienten und Angehörigen.

Ein Kernelement ärztlicher Kommunikation zur Förderung der Veränderungsbereitschaft und Unterstützung von Verhaltensänderungsprozessen ist die Motivierende Gesprächsführung oder auch Motivational Interviewing (MI), so zum Beispiel bei Patienten mit Suchterkrankungen, Übergewicht usw. Im Wesentlichen geht es darum, in personenzentrierter, partnerschaftlicher Haltung durch geeignete Gesprächsführung veränderungsbezogene Äußerungen (Change-Talk) der Patientinnen und Patienten hervorzulocken und so deren intrinsische Motivation und Selbstwirksamkeitserwartung bzgl. einer Verhaltensänderung zu stärken (siehe hierzu Qualitätszirkel-Modul „Suchtmittelgebrauch“ unter www.kbv.de/qz).

Kommunikation in Anlehnung an Motivational Interviewing (MI) nach Miller und Rollnick (Tomas Arato)

Grundsätzlich ist die Haltung des Arztes/Behandlers/Therapeuten/Beraters (auch zu sich selbst) ausschlaggebend für eine gelungene Kommunikation.

Beim Motivational Interviewing orientiert man sich nach Carl Rogers an der Haltung. Demnach trägt der Klient alle Voraussetzungen für eine Änderung und Heilung in und bei sich. Die Aufgabe des Therapeuten ist, ihm dabei zu helfen, den Weg zu diesen Ressourcen zu finden. Dabei wird der Klient angenommen so wie er ist! Kommunikation findet auf Augenhöhe statt.

Beim Motivational Interviewing wird aufbauend auf dieser Haltung durch Techniken in der Kommunikation auf die Akzeptanz und die wertschätzende Rückmeldung geachtet, die auf die Ambivalenz des Klienten in Bezug auf Veränderung fokussiert.

Ambivalenz ist gesund und omnipräsent.

Stufenmodell der Veränderung nach DiClemente und Prochaska

1. Absichtslosigkeit/Sorglosigkeit (Precontemplation)
2. Absichtsbildung/Bewusstwerdung (Contemplation)
3. Vorbereitung (Preparation)
4. Handlung (Action)
5. Aufrechterhaltung (Maintenance)

Der Klient kann nur dort abgeholt werden, wo er steht!

Techniken des Motivational Interviewings

OARS (engl. Ruder):

- › offene Fragen (open-ended questions)
- › Bestätigung (affirmation)
- › aktives Zuhören – Rückmeldungen geben (reflective listening)
- › Zusammenfassen (summarizing)

Der Umgang mit Widerständen ist im besonderen Fokus und liegt in der Verantwortung des Therapeuten. Der Behandler fördert gezielt das Sprechen über Veränderung und Veränderungsmotivation, ohne diese selbst zu fordern:

1. Einfache Rückmeldung: Die Gefühle des Klienten benennen und anerkennen.
2. Doppelte Rückmeldung: Beide Seiten der Ambivalenz einbeziehen (einerseits/andererseits/ Cave: Ironie/Sarkasmus).
3. Fokus verlagern/verändern: Vom aktuellen Widerstand auf andere Aspekte.

4. Umformulieren (reframing): Aussagen zusammenfassend wiedergeben, aber inhaltlich andere Schwerpunkte setzen und/oder Informationen über Zusammenhänge ergänzen (didaktischer Nutzen).

5. Betonung der persönlichen Wahlfreiheit und Verantwortung des Klienten. Der Klient soll für eine Veränderung argumentieren. Bei Widerstand keine Gegenargumente, sondern versuchen den Widerstand „umzulenken“.

Grundregeln für eine gelungene Kommunikation sind auch von der Gesellschaft für Qualitätsmanagement in der Gesundheitsversorgung e. V. (GQMG) formuliert worden, die als Arbeitshilfen für den Arzt in Pocketversionen zur Verfügung stehen und für die Zirkelarbeit genutzt werden können.

Sinnvoll kann es sein, die mündliche Kommunikation in der Praxis durch schriftliche Patienteninformationen oder Entscheidungshilfen (siehe hierzu auch Modul „Evidenzbasierte Patienteninformationen“ unter www.kbv.de/qz) zu ergänzen.

Weitere Kommunikationsmodelle, die Arbeitsgrundlage im Qualitätszirkel sein können, sind unter anderem das SACCIA-Modell der fünf Kernkompetenzen für eine sichere Kommunikation im Gesundheitswesen oder das TALK-Modell nach Neuberger.

EMPFEHLUNGEN FÜR DIE ZIRKELMODERATION

DATEN UND INFORMATIONSBESCHAFFUNG

Die Beschaffung von Daten und zusätzlichen Informationen ist für das Thema eher zweitrangig. Das Üben und der kollegiale Austausch darüber stehen an erster Stelle. Für die Bearbeitung des Themas im Qualitätszirkel kann die bereitgestellte Präsentation genutzt werden. Ergänzende Unterstützung bieten die Patienteninformationen des Ärztlichen Zentrums für Qualität in der Medizin (ÄZQ) unter www.patienten-information.de oder die Kommunikationshilfen der GQMG unter www.gqmg.de.

Zur Demonstration von Beispielen können Videoaufnahmen genutzt werden. Einige Beispiele dafür

finden sich im Modul bzw. in den Präsentationen, weitere können z.B. unter YouTube recherchiert werden.

SETTING

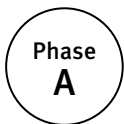
Für die Durchführung eines Qualitätszirkels zur Arzt-Patienten-Kommunikation wird das folgende Setting empfohlen:

- › Zirkelart: geschlossener Zirkel, 10-15 Teilnehmer
- › Vertraulichkeit
- › gleiche oder verschiedene Fachgruppen
- › aktive Mitgestaltung und Beteiligung durch die Teilnehmer

› Bereitschaft zum Austausch erlebter kritischer Kommunikationssituationen

Für die Durchführung der Sitzung ist es hilfreich, wenn sich die Teilnehmerinnen und Teilnehmer vorbereiten, indem sie sich an schwierige Kommunikationssituationen mit Patienten erinnern und diese Beispiele in die Sitzung mitbringen. Um die Teilnehmenden darüber zu informieren, können Sie das Muster-Einladungsschreiben (Arbeitsblatt 3) nutzen.

Die Moderation der 120-minütigen Zirkelsitzung gliedert sich in drei Phasen. Zusätzlich finden Sie einen Vorschlag für zwei weitere Phasen als Ergänzung bzw. Alternative.



EINFÜHRUNG ZEITBEDARF: 30 MINUTEN

SCHRITT 1



Stellen Sie die theoretischen Grundlagen einer erfolgreichen Kommunikation kurz dar, ggf. mithilfe der Präsentation.

Empfohlene Moderationsmedien:
 Präsentation „Arzt-Patienten-Kommunikation“

Methodische Hinweise:
 Achten Sie darauf, dass nur ein knapper Input zur Kommunikationstheorie vorgetragen wird. Es ist nicht Ziel, einen vollständigen/erschöpfenden Wissensinput zu geben.

SCHRITT 2



Stellen Sie zunächst das Vier-Ohren-Modell nach Schulz von Thun vor:

- › Sachebene
- › Appellebene
- › Beziehungsebene
- › Selbstoffenbarungsebene

Weisen Sie darauf hin, dass die Aspekte bei Sender und Empfänger unterschiedlich interpretiert werden können und es hierdurch zu Störungen der Kommunikation kommen kann. Beispielfhaft können Sie in einem weiteren Schritt ein geeignetes Video zeigen. Stoppen Sie es an selbst gewählten Stellen und lassen Sie die Teilnehmer die Situationen den Ebenen bei Sender und Empfänger zuordnen.

Empfohlene Moderationsmedien:

Präsentation „Arzt-Patienten-Kommunikation“, Video, Moderationsplakat/MP 1: Vier-Ohren-Modell

Methodische Hinweise:

Sie können das Moderationsplakat 1 nutzen, um mit den Teilnehmern einige Beispiele in Bezug auf die jeweiligen Seiten der Kommunikation hin zu analysieren, z.B. anhand eines „Schmeichlers“ oder eines Arzthopping-Patienten. Das Beispiel wird nach den Schritten des Moderationsplakats bearbeitet.

Bei Verwendung eines Videos sehen Sie es sich bitte vorher an und überlegen Sie sich typische Stellen für die Diskussion.

SCHRITT 3

Geben Sie nun einen kurzen Überblick zu den Techniken des aktiven Zuhörens:



- › Ausreden lassen
- › Fragetechniken
- › Pausen machen
- › Ermutigung zur Weiterrede
- › Echoing
- › Paraphrasieren
- › Zusammenfassen der Inhalte
- › Spiegeln von Emotionen

Empfohlene Moderationsmedien:

Präsentation „Arzt-Patienten-Kommunikation“

Methodische Hinweise:

Siehe hierzu z.B. Kursbuch ärztliche Kommunikation.

SCHRITT 4

Kurzeinführung zu den Grundgedanken von Pacing and Leading. Erläutern Sie kurz die zwei Schritte dieser Technik:



- › Pacing (Schritt halten):
Angleichen an Verhalten des Gesprächspartners (Körpersprache, Mimik, Stimme, Sprache usw.)
- › Leading (Führen):
Übernahme der Gesprächsinitiative zur konstruktiven Gesprächslenkung

Empfohlene Moderationsmedien:

Präsentation „Arzt-Patienten-Kommunikation“ oder Lesearbeit

Methodische Hinweise:

Die Methode kann z.B. anhand eines Patienten mit der Meinung: „Mir kann keiner helfen.“, eines Patienten mit vorgeschobenem Notfall, eines bescheidenen Patienten oder des Konflikts zwischen erforderlicher Befundbesprechung vs. neuen Beschwerden des Patienten durch Bearbeitung nach den Schritten des Moderationsplakats vorgestellt werden.

Stellen Sie heraus, dass die Methode nicht im Sinne von Manipulation/Dominanz des Gesprächspartners genutzt werden soll, sondern um ein konstruktives Gesprächsklima zu erreichen.

SCHRITT 5



Sofern die Zirkelteilnehmer dies wünschen, können weitere Kommunikationsmodelle kurz vorgestellt werden. Dies kann auch in nachfolgenden Zirkelsitzungen erfolgen.

Empfohlene Moderationsmedien:

Präsentation „Arzt-Patienten-Kommunikation“ oder Lesearbeit

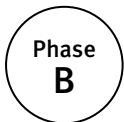
Methodische Hinweise:

Für kurze theoretische Einführungen zu weiteren Kommunikationsmodellen können Sie in Vorbereitung auf die Sitzung auch einzelne Zirkelteilnehmer beauftragen. Dabei kann der theoretische Input aus dem vorliegenden Modul genutzt werden. Der Zeitumfang dafür sollte eng begrenzt werden.

Der Umfang der Theorievermittlung sollte sich grundsätzlich an den Vorkenntnissen der Qualitätszirkelteilnehmer orientieren.

**ZIELE
 PHASE A**

- › Die Teilnehmer kennen wesentliche Aspekte der Kommunikationstheorie und verfügen über einen ähnlichen Kenntnisstand.
- › Die vier Seiten einer Nachricht nach dem Vier-Ohren-Modell können anhand praktischer Beispiele identifiziert werden.
- › Die Analyse der Kommunikationsebene im Vier-Ohren-Modell kann zur konstruktiven Gesprächslenkung genutzt werden.
- › Ein Überblick zu den Techniken des aktiven Zuhörens ist gegeben worden.
- › Die Theorie des Pacings and Leadings ist bekannt.
- › Eine kurze Einführung zu weiteren Kommunikations-Modellen ist ggf. erfolgt.



**KOMMUNIKATION MIT PATIENTEN -
 PRAKTISCHE ARBEIT AM THEMA
 ZEITBEDARF: 60 MINUTEN**

SCHRITT 1



Sammeln Sie zunächst Beispiele alltäglicher Situationen aus der Praxis der Qualitätszirkelteilnehmer, bei denen sich die Kommunikation mit den Patienten schwierig gestaltet hat. Dies kann – je nach Zirkelgröße und Vertrautheit – gleich gemeinsam im Zirkel oder in Klein- bzw. Zweiergruppen erfolgen.

Wählen Sie dann gemeinsam eine Situation aus, die für alle Teilnehmer relevant ist. Tragen Sie dieses Beispiel für den gesamten Zirkel sichtbar in das Moderationsplakat ein. Dabei können noch Fragen der Teilnehmer beantwortet werden, damit die Darstellung für alle konkret fassbar wird.

Empfohlene Moderationsmedien:

MP 2: Kommunikation mit Patienten

Methodische Hinweise:

Das Fallbeispiel soll lösungsoffen präsentiert werden, d.h. es soll noch nicht auf eine Kommunikationslösung fokussieren, da sonst keine Analyse möglich wird. Achten Sie auch darauf, dass es nicht um die sachlich-medizinische Lösung geht, sondern um die Interaktion zwischen Arzt und Patient.

Schließen Sie den Schritt der Nachfragen klar ab („Ist die Situation nun allen eindeutig und klar geworden?“) und holen Sie sich das Okay der Gruppe.

SCHRITT 2



Anhand der nachfolgend beschriebenen Vorgehensweise soll das Kommunikationsbeispiel nun analysiert werden. Was ist hinderlich für eine gelungenen Kommunikation mit dem Patienten, wie muss die Kommunikation im Interesse eines erfolgreichen und vertrauensvollen Arzt-Patienten-Gesprächs gestaltet werden?

- › Reflexion:
Zuerst ist zu überlegen, wie die Kommunikation des Patienten beim Arzt/Therapeuten ankommt. Sammeln Sie die Gedanken der Teilnehmer in der ersten Spalte.
- › Mögliche Gründe:
Assoziieren Sie, was Gründe für diese Art der Kommunikation sein könnten. Oft sind die Auslöser aufseiten des Patienten zu suchen (aber auch Auslöser aufseiten des Arztes/Therapeuten sind möglich). Die Assoziationen sammeln Sie in der zweiten Spalte.
- › Kommunikative Intervention:
Sammeln Sie in der rechten Spalte die Ideen des Zirkels. Dies könnten beispielsweise ein Satz, eine Verbalisierung, eine Frage sein.

Empfohlene Moderationsmedien:

MP 2: Kommunikation mit Patienten

Methodische Hinweise:

Trennen Sie die drei Schritte konsequent und weisen Sie auf die Sinnhaftigkeit des Einhaltens der Systematik hin. Bei thematischen Abschweifungen nennen Sie das Ziel: Aufrechterhalten von Kommunikation/Beziehung/Vertrauen.

SCHRITT 3



Sammeln Sie abschließend wichtige Kommunikationstipps aus dem Teilnehmerkreis. Diese sollten so formuliert sein, dass sie unabhängig vom Fallbeispiel in praktische Situationen mit Patienten übertragen werden können.

Empfohlene Moderationsmedien:

Flipchart

Methodische Hinweise:

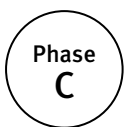
Dieser Schritt erfordert, dass sich die QZ-Teilnehmer inhaltlich vom Fallbeispiel lösen.

Übergreifende methodische Hinweise:

Es ist auch möglich, in einer Sitzung mehrere Fallbeispiele nach dem Moderationsplakat zu bearbeiten. Dabei ist es hilfreich, dass diese einen unterschiedlichen Fokus haben. Bei vertrauten Gruppen ist die Einigung auf ein Fallbeispiel i.d.R. leichter.

**ZIELE
 PHASE B**

- › Die QZ-Teilnehmer wissen um mögliche Gründe für schwierige Kommunikationssituationen mit Patienten und können diese analysieren.
- › Die Teilnehmer kennen kommunikative Interventionen, um im Patientengespräch die Kommunikation, die Beziehung und das Vertrauen aufrechtzuerhalten.
- › Die QZ-Teilnehmer haben für die eigene Tätigkeit hilfreiche Interventionen für die Kommunikation kennengelernt.



**AKTIVES ZUHÖREN - SIMULATIONSÜBUNG/
 PRAXISTRANSFER/WEITERES VORGEHEN**
 ZEITBEDARF: 30 MINUTEN

SCHRITT 1



Lassen Sie die Teilnehmer Beispiele zusammentragen, bei denen es sich für den Arzt/Therapeuten schwierig gestaltet hat, dem Patienten ausreichend Raum für die Darstellung seines Problems zu geben. Erfassen Sie diese auf dem Moderationsplakat.

Empfohlene Moderationsmedien:

MP 3: Aktives Zuhören

Methodische Hinweise:

Zunächst sollen möglichst viele Beispiele wertungsfrei erfasst werden. Dafür können Sie sich als Moderator einen Schriftführer für Ihre Entlastung auswählen.

SCHRITT 2



Notieren Sie Beispiele für Formulierungen/Methoden des aktiven Zuhörens. Dies könnten sowohl übliche Techniken (Wiederholen, Paraphrasieren u.Ä.) sein, aber auch Satzanfänge für Formulierungen wie „Sie meinen, dass...“, „Ihnen ist wichtig, dass...“ usw. Erfassen Sie diese im Moderationsplakat.

Empfohlene Moderationsmedien:

MP 3: Aktives Zuhören

Methodische Hinweise:

Auch die Systematisierung nach der Fragetechnik (geschlossene/offene Fragen) oder die Spiegelung von Inhalten und Gefühlen könnten hier hilfreich sein. Achten Sie auf gute Lesbarkeit und verwenden Sie pro Formulierung/Methode eine neue Zeile.

SCHRITT 3



Wählen Sie nun aus den auf dem Plakat gesammelten Problemsituationen eine für die folgende Simulationsübung aus. Finden Sie zwei Teilnehmer, die sich für die Übung bereiterklären. Leiten Sie die Simulation mit der Situationsbeschreibung ein und lassen Sie den ersten Teilnehmer (Patient) beginnen. Auf die Aussagen/Informationen des Patienten darf nur mit einem Beitrag unter Verwendung der Technik des aktiven Zuhörens geantwortet werden. Beenden Sie nach Ermessen die Simulation.

Empfohlene Moderationsmedien:

Simulationsübung

Methodische Hinweise:

Sie können die Methode/Formulierungen des aktiven Zuhörens, die die Teilnehmer verwenden sollen, parallel auf dem Moderationsplakat zeigen (händisch bzw. mit Pfeil/Laserpointer) oder auch die Methoden, die die Teilnehmer verwenden, unter Zuhilfenahme des Moderationsplakates angeben. Achten Sie jedoch auf ausreichende Variationen in den Techniken.

SCHRITT 4

Sammeln Sie auch hier abschließend Kommunikationstipps, indem Sie zuerst das Feedback der beiden aktiven Kollegen zur Simulationsübung einholen, dann der weiteren QZ-Teilnehmer. Um sich als Moderator ein Feedback zur Zirkelsitzung einzuholen, kann der Muster-Feedbackbogen eingesetzt werden.

Besprechen Sie mit den Zirkelteilnehmern, ob und wie weiter am Thema gearbeitet werden soll. Dafür kommen zum Beispiel die in den beiden folgenden Phasen D und E beschriebenen Kommunikationsmodelle in Frage.

Empfohlene Moderationsmedien:

Flipchart

Muster-Feedbackbogen

Methodische Hinweise:

Ggf. knüpfen Sie an die Erkenntnisse aus Phase B an und runden das Bild ab.

Übergreifende methodische Hinweise:

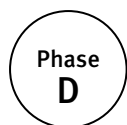
Die Technik kann z.B. anhand der Situation eines AU-Patienten, eines bescheidenen Patientienten oder eines dominanten Patienten durch schrittweises Vorgehen nach dem Moderationsplakat vorgestellt werden.

Ggf. könnte es schwierig sein, Freiwillige für die Simulationsübung zu finden. Motivieren Sie die Teilnehmer durch Erläuterung der Chance für die eigene Kompetenzentwicklung, die man durch das Feedback der Gruppe bekommt.

**ZIELE
PHASE C**

- › Die Teilnehmer haben sich zu problematischen Situationen des aktiven Zuhörens während des Arzt-Patienten-Kontakts ausgetauscht.
- › Die Technik des aktiven Zuhörens wird als hilfreich empfunden und kann praktisch angewendet werden.
- › Das weitere Vorgehen im Zirkel ist abgestimmt.

ERGÄNZENDE BZW. ALTERNATIVE PHASENVORSCHLÄGE



FÜNF AXIOME NACH WATZLAWICK - PRAKTISCHE ARBEIT AM THEMA ZEITBEDARF: 30 MINUTEN

SCHRITT 1



Stellen Sie die fünf Axiome der Kommunikationstheorie nach Watzlawick (siehe theoretischer Input) noch einmal vor, soweit noch nicht bekannt.

Empfohlene Moderationsmedien:

Präsentation „Arzt-Patienten-Kommunikation“ oder Lesearbeit

Methodische Hinweise:

Arbeiten Sie dabei mit Beispielen aus dem Textteil dieses Moduls oder aus der Gruppe.

SCHRITT 2



Legen Sie sich im Qualitätszirkel auf eine konkrete Gesprächssituation in der Arztpraxis fest und stellen Sie diese im Zirkel dar.

Empfohlene Moderationsmedien:

Präsentation „Fallbeispiele“, Simulation, Video

Methodische Hinweise:

Die Gesprächssituation kann eine von zwei Zirkelteilnehmern selbst gespielte sein, Sie können auch Fallbeispiele oder einen Videoinput aus der Präsentation „Fallbeispiele“ nutzen.

SCHRITT 3



Lassen Sie die Teilnehmer anschließend ihre Beobachtungen den einzelnen Axiomen der Watzlawick'schen Kommunikationstheorie zuordnen. Dokumentieren Sie diese auf dem Moderationsplakat 4.

Empfohlene Moderationsmedien:

Moderationsplakat 4: Axiome nach Watzlawick

Methodische Hinweise:

Sie können diese Aufgabe in Einzelarbeit durchführen (jeder für jedes Axiom) oder Sie vergeben Aufträge an kleine Untergruppen (z.B. Gruppe 1 für Axiom 1 und 2 usw.). Falls Sie mit einem Video arbeiten, kann es hilfreich sein, das Video mehrmals abzuspielen.

Übergreifende methodische Hinweise:

Die Methode kann z.B. anhand eines „Google-Patienten“ oder eines anklagenden Patienten durch schrittweise Bearbeitung des Moderationsplakats vorgestellt werden. Diese Phase dient zur Vertiefung der Theorie nach Watzlawick und zur Sensibilisierung für das Arzt-Patienten-Gespräch.

**ZIELE
 PHASE D**

- › Grundprinzipien der Kommunikationstheorie nach Watzlawick sind bekannt und können in konkreten Gesprächssituationen identifiziert werden.
- › Die Teilnehmer haben beispielhaft Ideen für die Anwendung der Theorie erhalten, sodass sie diese in der eigenen Praxis bewusst anwenden können.

Phase
E

DAS SPIKES-MODELL - PRAKTISCHE ARBEIT AM THEMA
 ZEITBEDARF: 30 MINUTEN

SCHRITT 1



Fassen Sie noch einmal die Idee des SPIKES-Modells und die grundsätzlichen Schritte für die Gesprächsführung, wie sie vorn im Text beschrieben sind, zusammen.

Empfohlene Moderationsmedien:

kurzer Vortrag, Lesearbeit, Moderationsplakat 5: SPIKES-Modell

Methodische Hinweise:

Vergewissern Sie sich, dass alle Teilnehmer einen ähnlichen Kenntnisstand zu diesem Kommunikationsmodell haben.

SCHRITT 2



Wählen Sie gemeinsam mit den Teilnehmern ein typisches Fallbeispiel für ein schwieriges Arzt-Patienten-Gespräch in der Praxis aus. Sie können einen Teilnehmer bitten, ein Beispiel vorzustellen oder eines aus der Beispielsammlung nutzen.

Typischerweise geht es um das Überbringen einer ungünstigen Nachricht, wie z.B. die Erstdiagnose einer schwerwiegenden oder chronischen Erkrankung.

Empfohlene Moderationsmedien:

kurzer Vortrag
 Moderationsplakat 5: SPIKES-Modell

Methodische Hinweise:

- keine -

SCHRITT 3



Planen Sie jetzt gemeinsam ein Gespräch nach den Schritten des SPIKES-Modells. Notieren Sie typische Settings, Formulierungen oder Inhalte zu den einzelnen Schritten auf dem Moderationsplakat.

Empfohlene Moderationsmedien:

Moderationsplakat 5: SPIKES-Modell

Methodische Hinweise:

Es können sowohl verbale als auch nonverbale Aspekte erfasst werden.

SCHRITT 4

In einem abschließenden Schritt könnte der Zirkel überlegen, auf welche anderen Situationen im Praxisalltag die gewonnenen Ergebnisse übertragbar sind. Beispielfhaft könnte auch ein Gespräch nach den beschriebenen Schritten simuliert werden.

Empfohlene Moderationsmedien:

Moderationsplakat 5: SPIKES-Modell

Methodische Hinweise:

Der Verweis auf die Ergebnisse der Vorüberlegungen hilft, das Gespräch zu strukturieren und vorzubereiten.

Übergreifende methodische Hinweise:

Durch die Bearbeitung eines relevanten Beispielfalls wird es den Teilnehmern leichter fallen, das theoretische Modell in den Praxisalltag zu transferieren. Ein solches Beispiel kann die Übermittlung einer prognostisch ungünstigen Diagnose sein. Die schrittweise Bearbeitung des Moderationsplakats hilft, ein schwieriges Patientengespräch vorzubereiten.

**ZIELE
PHASE E**

- › Der Transfer des theoretischen Ansatzes nach dem SPIKES-Modell in die Berufspraxis der Teilnehmer wird als hilfreich empfunden.
- › Das SPIKES-Modell ist vermittelt und trainiert und kann als Gesprächsleitfaden für schwierige Patientengespräche genutzt werden.
- › Der theoretische Ansatz kann auf analoge Gesprächssituationen übertragen werden.

**UMGANG MIT KRITISCHEN
MODERATIONSSITUATIONEN**

Kritische Moderationssituationen können zum Beispiel entstehen, wenn die Teilnehmer immer wieder Inhalte diskutieren und nicht die

Methode üben wollen. Verweisen Sie dann auf die Zielstellung der Zirkelsitzung und die vereinbarten Settingregeln.

Problematisch könnte es auch sein, wenn sich kein Teilnehmer für die

Simulationsübungen bereiterklärt. Siehe hierzu die übergreifenden Hinweise zu Phase C. Hier können auch die Empfehlungen des Qualitätszirkel-Moduls „Moderationskompetenz: Aktivierungstechniken“ hilfreich sein (www.kbv.de/qz, QZ-Module).

UNTERSTÜTZENDE MATERIALIEN

Die Moderationsplakate sollten im Vorfeld der Zirkelsitzung im DIN A0-Format ausgedruckt werden. Sie unterstützen ein interaktives Arbeiten und der Moderator kann in der Zirkelsitzung immer wieder Bezug darauf nehmen. Alternativ ist es

auch möglich, sie mittels Beamer zu projizieren (siehe hierzu auch Handbuch Qualitätszirkel der KBV, Modul „Moderatorenausbildung“ unter www.kbv.de/qz, QZ-Module). Die auf den Moderationsplakaten dokumentierten Arbeitsergebnisse können

in Dateiform oder abfotografiert unmittelbar in das Protokoll der Zirkelsitzung aufgenommen und so allen Teilnehmern zur Verfügung gestellt werden.

MUSTER-EINLADUNGSSCHREIBEN

An
die Mitglieder des Qualitätszirkels

per E-Mail

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

Kommunikation zählt zu unseren Kernkompetenzen. Wir alle sprechen täglich mit Patienten, Kollegen und Mitarbeitern. Meist gelingt diese Kommunikation gut, aber es gibt sicherlich auch schwierige Situationen, die uns unzufrieden machen.

Ich schlage Ihnen daher vor, Kommunikation einmal zum Thema unseres Qualitätszirkels zu machen und lade Sie dazu ein. Wir werden gemeinsam einige, Ihnen vielleicht schon bekannte theoretische Grundlagen vertiefen, um sie für die Praxis zu nutzen. Dabei steht die Kommunikation mit Patienten im Fokus.

Ort:

Zeitraumen: Datum Uhrzeit

Wir möchten mit realen Situationen aus der Praxis arbeiten. Daher wäre es hilfreich, wenn Sie sich vorab kurz Gedanken dazu machen würden (vielleicht auch Notizen):

In welchen Situationen war ich mit der Arzt-Patienten-Kommunikation zufrieden?

Was waren die Rahmenbedingungen dafür?

Wann war die Arzt-Patienten-Kommunikation schwierig? Wie ist damals das Gespräch verlaufen?

Wie ist es mir dabei ergangen? Welche Situationen könnte ich im Qualitätszirkel kurz beschreiben?

Geben Sie mir bitte bis per E-Mail Bescheid, ob Sie an der Sitzung teilnehmen werden. Ich freue mich auf den regen Austausch im Zirkel.

Mit freundlichen kollegialen Grüßen

Ihre Moderatorin/Ihr Moderator

MODERATIONSPLAKAT VIER-OHREN-MODELL

FALLBEISPIEL	KOMMUNIKATIONSEBENE	AUSSAGE
	Sachebene	
	Selbstkundgabe	
	Beziehungsebene	
	Appell	
	Sachebene	
	Selbstkundgabe	
	Beziehungsebene	
	Appell	
	Sachebene	
	Selbstkundgabe	
	Beziehungsebene	
	Appell	

GEEIGNETE THEORIE FÜR FOLGENDE KOMMUNIKATIONSSITUATIONEN MIT PATIENTEN:

MODERATIONSPLAKAT PACING AND LEADING

KURZDARSTELLUNG / ZITATE DES GEWÄHLTEN FALLBEISPIELS

SELBST-REFLEXION	MÖGLICHER HINTERGRUND	KOMMUNIKATIVE INTERVENTION

GEEIGNETE THEORIE FÜR FOLGENDE KOMMUNIKATIONSSITUATIONEN MIT PATIENTEN:

MODERATIONSPLAKAT

AKTIVES ZUHÖREN

KURZDARSTELLUNG / ZITATE DES GEWÄHLTEN FALLBEISPIELS

FORMULIERUNGEN DES AKTIVEN ZUHÖRENS Hinweis: Dies umfasst z.B. Wiederholung, Paraphrasieren...

GEEIGNETE MODELLE FÜR FOLGENDE KOMMUNIKATIONSSITUATIONEN MIT PATIENTEN:

MODERATIONSPLAKAT FÜNF AXIOME DER KOMMUNIKATION NACH WATZLAWICK

Moderationshinweis: Tragen Sie die Gedanken zum Fallbeispiel stichwortartig zusammen.

KURZDARSTELLUNG DES GEWÄHLTEN FALLBEISPIELS:
AXIOM 1: MAN KANN NICHT NICHT KOMMUNIZIEREN.
AXIOM 2: JEDE KOMMUNIKATION HAT EINEN INHALTS- UND BEZIEHUNGSASPEKT.
AXIOM 3: KOMMUNIKATION IST IMMER URSACHE UND WIRKUNG.
AXIOM 4: KOMMUNIKATION BEDIENT SICH ANALOGER UND DIGITALER MODALITÄTEN.
AXIOM 5: KOMMUNIKATION IST SYMMETRISCH ODER KOMPLEMENTÄR.

MODERATIONSPLAKAT: SPIKES-MODELL

VORBEREITENDE ÜBERLEGUNGEN FÜR SCHWIERIGE PATIENTENGESPRÄCHE

BEISPIELFALL:

1. SETTING	
2. PERCEPTION OF ILLNESS	
3. INVITATION	
4. KNOWLEDGE	
5. EMOTIONS	
6. STRATEGY AND SUMMARY	

GEEIGNETE THEORIE FÜR FOLGENDE KOMMUNIKATIONSSITUATIONEN MIT PATIENTEN:

BITTE NACH AB-
 SCHLUSS DER ZIRKEL-
 SITZUNG AUSFÜLLEN
 UND DEM MODERATOR
 ZURÜCKGEBEN

FEEDBACKBOGEN QUALITÄTSZIRKEL

Bezeichnung QZ:

Thema:

Datum:

Ort:

Moderator:

BEWERTUNG DER ZIRKELSITZUNG	++	+	+ -	-	--
Die Praxisrelevanz der Inhalte war...					
Der Informationsgehalt war...					
Die Moderation gefiel mir...					
Das Arbeitsklima war ...					
Die Organisation der Sitzung war...					
Der Zeitrahmen wurde eingehalten ...					
Mein eigener Erkenntnisgewinn war ...					
Der Benefit durch die gemeinsame Arbeit mit den anderen Teilnehmern war für mich...					
Die Gelegenheiten zum Erfahrungsaustausch waren...					
Meine Gesamtbewertung der Sitzung ist ...					

Wurde nach Ihrer Einschätzung im Zirkel die Firmen- und Produktneutralität gewahrt?	Ja	Nein
Ich beabsichtige, die erarbeiteten Ansätze zur Kommunikation in meinem Praxisalltag zu nutzen:	Ja	Nein

Weiteres Feedback zur Sitzung:

Name (Diese Angabe ist freiwillig.): _____

KURZVERSION ARZT-PATIENTEN-KOMMUNIKATION

PHASE A: EINFÜHRUNG

30
MINUTEN

- › Überblick zu theoretischen Grundlagen einer erfolgreichen Kommunikation (ggf. anhand einer Präsentation)
 - Vier-Ohren-Modell
 - Technik des aktiven Zuhörens
 - Pacing and Leading
 - ggf. weitere

PHASE B: PRAKTISCHE ARBEIT AM THEMA - KOMMUNIKATION MIT PATIENTEN

60
MINUTEN

- › Sammlung und Auswahl von Beispielen einer schwierigen Arzt-Patienten-Kommunikation
 - in gemeinsamer Arbeit oder Kleingruppen
 - unter Verwendung der genannten Beispiele oder Videosequenzen
- › Arbeit am Beispiel nach den Schritten Reflexion, Analyse der möglichen Gründe und kommunikative Intervention
- › Ableitung von allgemeingültigen Kommunikationstipps

PHASE C: AKTIVES ZUHÖREN - SIMULATIONSÜBUNG PRAXISTRANSFER/WEITERES VORGEHEN

30
MINUTEN

- › Simulationsübung zur Technik des aktiven Zuhörens
- › Sammeln von Beispielen und Auswahl eines Übungsbeispiels
- › Ableitung allgemeingültiger Kommunikationstipps
- › Feedbackrunde

Alternative Varianten:**PHASE D: PRAKTISCHE ARBEIT AM THEMA -
FÜNF AXIOME NACH WATZLAWICK**30
MINUTEN

- › Fünf Axiome der Kommunikationstheorie nach Watzlawick
- › Kurzer theoretischer Input
- › Auswahl und Vorstellung (Rollenspiel, Video) einer beispielhaften Gesprächssituation
- › Zuordnung der Beobachtungen zu den Axiomen auf dem Moderationsplakat

**PHASE E: PRAKTISCHE ARBEIT AM THEMA -
DAS SPIKES-MODELL**30
MINUTEN

- › Praktische Übung nach dem SPIKES-Modell
- › Kurzer theoretischer Input
- › Auswahl eines typischen Fallbeispiels
- › Gesprächsplanung nach dem Kommunikationsmodell
- › Übertragung auf analoge Situationen

WEITERFÜHRENDE LITERATUR UND LINKS

Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin (Hrsg) Leitliniengruppe Hessen – Hausärztliche Pharmakotherapie, PMV forschungsgruppe an der Universität zu Köln, sanawork Gesundheitskommunikation, Freiburg, Hausärztliche Leitlinie - Hausärztliche Gesprächsführung, Verlag Make a Book, Neukirchen, 2008, ISBN 978-3940218-049

AOK Die Gesundheitskasse (Hrsg) Erfolgsfaktor Kommunikation, Dokumentation einer Fachtagung am 17. Februar 2007 an der Universität Frankfurt am Main.

Bechmann S. Leitfaden zur patientenorientierten Arzt-Patienten-Kommunikation, Heinrich-Heine Universität Düsseldorf.
www.germanistik.hhu.de

Braun B, Marstedt G. Partizipative Entscheidungsfindung beim Arzt: Anspruch und Wirklichkeit, Gesundheitsmonitor 02/2014.

Rosengren DB (2012) Arbeitsbuch Motivierende Gesprächsführung. G. P. Probst Verlag GmbH Lichtenau, Westfalen.

von Schlippe A (2010) Familientherapie im Überblick. Junfermann Verlag Paderborn.

Tewes R (2010) „Wie bitte?“ Kommunikation in Gesundheitsberufen. Springer Verlag GmbH Berlin Heidelberg.

Watzlawick P (2009) Wie wirklich ist die Wirklichkeit? Wahn, Täuschung, Verstehen. Piper Verlag GmbH München.

Watzlawick P (2005) Vom Schlechten des Guten: oder Hekates Lösungen. Piper Verlag GmbH München.

Watzlawick P, Weakland JH, Fisch R (2013) Lösungen - Zur Theorie und Praxis menschlichen Wandels. Verlag Hans Huber Bern.

Video „Das Arzt-Patienten-Gespräch“, KVon unter:
www.kbv.de/html/30300.php,
aufgerufen am 27.07.2017.

LITERATURVERZEICHNIS

- 1 Schweickhart A, Fritzsche K. Kursbuch ärztliche Kommunikation. 2. erweiterte Auflage 2009, Deutscher Ärzte-Verlag GmbH Köln
- 2 Ärztekammer Nordrhein (Hrsg.) (2015) Kommunikation im medizinischen Alltag - Ein Leitfaden für die Praxis
- 3 Kutscher PP, Die Arzt-Patienten-Beziehung: Sieben Tipps, wie Sie die Kommunikation mit den Patienten verbessern, Dtsch Arztebl 2013; 110(29-30): [2]
- 4 Schulz von Thun F. Miteinander reden, Rowohlt Taschenbuchverlag Reinbek bei Hamburg 1981
- 5 Emmerling P, Ärztliche Kommunikation, 1. Auflage 2014, Schattauer GmbH Stuttgart
- 6 Satir V, Kommunikation, Selbstwert, Kongruenz: Konzepte und Perspektiven familientherapeutischer Praxis, 8. Auflage 1994, Junfermann Verlag GmbH Paderborn
- 7 Watzlawick P, Beavin JH, Jackson DD, Menschliche Kommunikation: Formen, Störungen, Paradoxien. 13. Auflage 2016, Bern: Hogrefe Verlag GmbH & Co. KG Bern.
- 8 Baile WF, Buckman R, Lenzi R, Goble 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
- 9 Bandler R, Grindler J (2011) Metasprache und Psychotherapie. Die Struktur der Magie, Junfermann Verlag GmbH Paderborn
- 10 Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin e. V. (Hrsg.) S3-Leitlinie Multimorbidität, Berlin 2017, www.degam-leitlinien.de
- 11 Miller WR, Rollnick S (2015) Motivational Interviewing, 3. Auflage des Standardwerks in Deutsch. Freiburg im Breisgau: Lambertus-Verlag GmbH Freiburg im Breisgau
- 12 DiClemente CC, Prochaska JO (1998). Toward a comprehensive, transtheoretical model of change: Stages of change and addictive behaviors. In Miller WR, Rollnick S (Eds.), *Treating addictive behaviors* (pp. 3-24). New York: Plenum Press
- 13 Gesellschaft für Qualitätsmanagement in der Gesundheitsversorgung e. V. (GQMG), AG Kommunikation im Qualitäts- und Risikomanagement. 12.12.2016, http://www.gqmg.de/gqmg_leistung/kommunikation.html
- 14 Hannawa AF, Jonitz G (2017) Neue Wege für die Patientensicherheit: Sichere Kommunikation. Walter de Gruyter GmbH Berlin Boston
- 15 Bayerischen Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie, Frauen und Gesundheit (Hrsg.) Neuberger O, Miteinander arbeiten - miteinander reden. Vom Gespräch in unserer Arbeitswelt. 15. Auflage 1996. München

IMPRESSUM

Herausgeber und Copyright:

Kassenärztliche Bundesvereinigung
Dezernat Versorgungsqualität
Herbert-Lewin-Platz 2
10623 Berlin

Verantwortlich:

Ingrid Quasdorf
Ulrike Schmitt
Dr. med. Franziska Diel

Kontakt:

Telefon 030 4005-1230, iquasdorf@kbv.de, www.kbv.de

Stand:

September 2018

Hinweise:

Die Medizin und das Gesundheitswesen unterliegen einem fortwährenden Entwicklungsprozess, sodass alle Inhalte immer nur dem Wissensstand zum Zeitpunkt der Erarbeitung des Moduls entsprechen können. Alle Angaben wurden sorgfältig geprüft. Dennoch können die KBV und die Autoren keine Gewähr für die Richtigkeit, Vollständigkeit und Aktualität der Inhalte geben. Der Nutzer selbst bleibt verantwortlich für jede diagnostische und therapeutische Applikation, Medikation und Dosierung. Autoren und Herausgeber übernehmen infolgedessen keine Verantwortung und Haftung für Schäden, die auf irgendeine Art aus der Benutzung der in dem Werk enthaltenen Informationen oder Teilen davon entstehen.

Das Werk ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung in anderen als den gesetzlich zugelassenen Fällen bedarf der vorherigen schriftlichen Genehmigung der KBV. Das gilt gleichermaßen für Präsentationen und andere Moderationsmedien, die ergänzend zu dem Modul auf der Webseite der KBV zum Download zur Verfügung stehen.

Das Modul ist für Vertragsärzte und -psychotherapeuten gleichermaßen entwickelt worden. Sofern im Text nur von Ärzten beziehungsweise Vertragsärzten gesprochen wird, sind immer beide Berufsgruppen gemeint. Im Sinne einer besseren Lesbarkeit wird auf die gleichzeitige Verwendung männlicher und weiblicher Bezeichnungen verzichtet. Sämtliche Personenbezeichnungen betreffen beiderlei Geschlecht.