

Der Konsultationsprozess

Der Konsultationsprozess in 3 Teilen und 9 Phasen

A) Patienten-Teil

- 1. Vorher** – vor der Konsultation: Gedanken, Gefühle, Vorbereitungen, Handlungen
- 2. Verhältnis** (Relation) – „Guten Tag!“ Den Patienten erzählen lassen, zeigen, dass man zuhört, Glauben schenkt, helfen will
- 3. Vorstellungen, Ängste, Erwartungen**
- 4. Verständnis** – Zusammenfassung, was der Patient erzählt hat

B) Arzt-Teil

- 5. Vertiefung – Erklärung:** Vertiefung der Anamnese, klinische Untersuchung und Erklärung der Befunde (Zusammenfassung)

C) Gemeinsamer Teil

- 6. Verhandlung** – wie lösen wir das Problem?
- 7. Verhindern / Fördern** – wie geht es zu verwirklichen?
- 8. Follow-up** – läuft es wie erwartet?
- 9. Verabschiedung** – OK? Housekeeping

Intentionen mit dem einwöchigen „Kalymnos-Kurs“:

- Den Teilnehmern beizubringen, patientenzentriert zu arbeiten mit und durch die Anwendung des Konsultationsprozesses
- Relevante Theorie durchzugehen (Penleton & al., Lassen, Neighbour, Malterud, Larsen, Risør, Nystrup)
- Die Teilnehmer darin zu trainieren, ein Schema zum Videocoaching in der Gruppe anzuwenden
- Die Teilnehmer darin zu trainieren, die Patienten in der Konsultation mehr zu aktivieren mit Hilfe der 3 Teile bzw. der 9 Phasen und durch Bestätigungen, Behandlungsvereinbarung und Metakommunikation
- Den Teilnehmern die Möglichkeit zu geben, im Konsultationslabor zu experimentieren und die Konsultationsphasen anzuwenden
- Eine Karte über das eigene soziale Netzwerk anzufertigen und diese als Untersuchungsinstrument anzuwenden
- Die kollegiale Gemeinschaft in der Gruppe zu stärken

Unter Beachtung des Gruppenprozesses den Teilnehmern die Gelegenheit zu geben, mit persönlichen Ressourcen und Schwächen zu arbeiten, soweit sie für den Konsultationsprozess relevant sind, wenn der Arzt sich selbst als Untersuchungs- und Behandlungsinstrument anwendet

- eine Woche in einer erholsamen Umgebung unter freundlichen Menschen (Kursteilnehmer und Griechen) zu verbringen

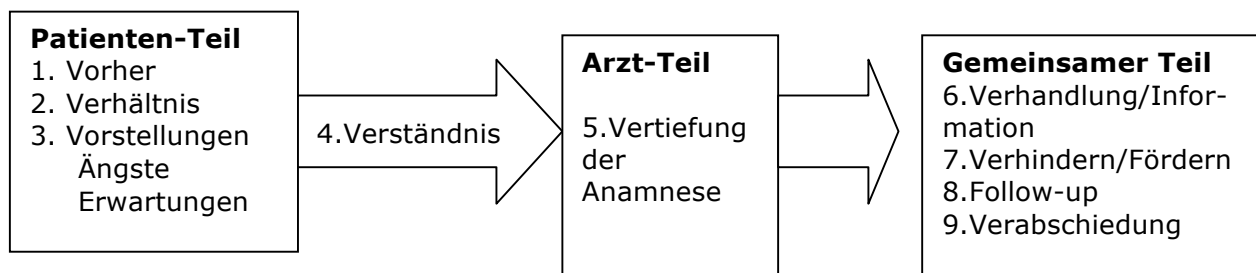
Der Konsultationsprozess

Von Jan-Helge Larsen und Charlotte Hedberg, Aug 2012

Einführung

Wir teilen den Konsultationsprozess chronologisch in 3 Teile (1,2,3). Du beginnst die Konsultation mit dem Patienten-Teil und siehst das Resultat Deiner Arbeit im gemeinsamen Teil (4).

Figur 1. Der Konsultationsprozess



Es kann als selbstverständlich empfunden werden, den Patienten zur Sprache kommen und fertig erzählen zu lassen über das bzw. die Probleme, derentwegen er Hilfe sucht. Aber es hat sich gezeigt, dass es in der Realität oft schwer zu verwirklichen ist, da es uns Ärzten so schwer fällt, unsere Hypothesen und eigenen Gedanken zurück zu halten. Die Lust und das Bedürfnis des Arztes, die Probleme des Patienten neugierig zu untersuchen und so schnell wie möglich zu lösen oder zu trösten und zu beruhigen nehmen Überhand. Und dieser Impuls kommt oft sehr schnell (5).

Die Aufteilung der Konsultation in 3 Teile bremst diese Neigung und diesen Impuls. Sowohl Arzt als auch Patient können sich jeder in seinem Teil ausbreiten und ruhig konzentrieren. Diese beiden Teile werden dann im Gemeinsamen Teil zusammengeflochten.

Das Gespräch soll dabei im Patienten-Teil von der „eigentlichen Besuchsursache“ handeln: was der Patient gedacht, worüber er sich Sorgen gemacht hat und womit er Hilfe haben will vom Arzt. Der Arzt-Teil beinhaltet die „medizinische Expertenarbeit“ (5,6). Diese Chronologie bedeutet, dass der Arzt seinen Teil erst dann beginnt, wenn der Patienten-Teil wirklich fertig ist. Die Konsultation wird mit dem Gemeinsamen Teil beendet, der wiederum erst begonnen werden kann, wenn sowohl der Patienten-Teil als auch der Arzt-Teil abgeschlossen sind. In diesem Gemeinsamen Teil kann dann beurteilt werden, ob die Konsultation patientenzentriert war (7-10).

Der Arzt-Teil ist im Zentrum und ist der Teil, der allen Ärzten vertraut ist; er beinhaltet die traditionelle Anamnese, Untersuchung, Beurteilung und Dokumentation. Der Arzt-Teil beinhaltet die ausführliche Erhebung der Krankengeschichte mit angemessenen Erwägungen zu verschiedenen

Differentialdiagnosen und Untersuchungen, die dann zu einer korrekten medizinischen Beurteilung führen sollen. Der Arzt-Teil ist selbstverständlich notwendig - aber nicht ausreichend für das, was patientenzentrierte Konsultation genannt werden kann.

In einer Konsultation hat der Arzt über die Aufgabe des Diagnostischen hinaus noch die Rolle des Beraters und Pädagogen.

Wird das Arzt-Patient-Gespräch nur gemäß eines traditionellen Modelles mit Konzentration auf den Arzt-Teil durchgeführt, so entstehen die Probleme, die Patienten beschreiben, über die sie sich beschwerten und derentwegen sie manchmal sogar Ärzte verklagen (11): Der Patient fühlte sich nicht ernst genommen, der Arzt verstand nicht das eigentliche Problem, die Diagnose und/oder die Behandlung war falsch, der Patient bekam keine Antwort auf seine Fragen und verstand nicht die Information, die er/sie vom Arzt erhielt. All dies kann die riskante Konsequenz haben, die Compliance oder moderner: Concordance/Adherence des Patienten zu verschlechtern (12) – manchmal mit riskanten Konsequenzen.

Auf Grund der Probleme mit dieser sogenannten „Arzt-zentrierten“ Arbeitsweise wurde der Begriff „Patientenzentrierung“ geprägt und hat sich als ethische und pädagogische Verhaltensweise und Gesprächsmethode entwickelt (7, 10, 13). Dieser Begriff findet sich inzwischen weltweit in Kursbeschreibungen medizinischer Ausbildung.

Patientenzentrierung basiert auf bestimmten Werten und betont die Autonomie des Patienten. Gemäß dem schwedischen Gesetzeswerk für das Gesundheitswesen (Hälso- och Sjukvårdslagen) sollen im Gesundheitswesen Tätige „dem Patienten Respekt zeigen für seine Integrität und Selbstbestimmung“ und „einen guten Kontakt zwischen Patienten und Pflegepersonal fördern“ und außerdem danach streben, dass Pflege und Behandlung „soweit möglich in Zusammenarbeit mit dem Patienten gestaltet und durchgeführt werden“ (14, 15). Das Ziel ist, dass Arzt und Patient eine gemeinsame Grundlage über das Verständnis des Problems schaffen und sich einig werden über Maßnahmen, Planung und Follow-up. Patientenzentrierung entspricht von daher ganz der schwedischen Gesetzeslage. Aber über die Erfüllung dieser auf Werte begründeten Ziele kann Patientenzentrierung auch das Ergebnis einer Konsultation beeinflussen. Einzelne Studien haben gezeigt, dass Patientenzentrierung assoziiert ist mit:

- Effektiveren Konsultationen: das Problem des Patienten wurde treffsicherer identifiziert
- Verbesserten Gesundheitsvariablen wie psychische Gesundheit, metabolische Kontrolle (Blutdruck, Blutzucker usw.) und physisches Funktionsniveau
- Weniger Arztbesuchen und einer verminderten Verschreibung Rezeptpflichtiger Mittel
- Vermindertem Bedarf an diagnostischen Untersuchungen und Überweisungen

- Verbesserter Adherence und höherer Patientenzufriedenheit
- Verminderter Anzahl von Verklagungen (siehe PRISMA, 15, 16)

Aber es gibt Probleme, diese evidenten und leicht verständlichen Ziele in praktische Fähigkeiten umzusetzen, die im alltäglichen Patientenkontakt funktionieren. Hier hat sich die pädagogische Erfindung des „**Konsultationsprozesses**“ mit der Chronologie von 3 Teilen als sinnvoll und nützlich erwiesen (3).

Man beginnt also mit dem Patienten-Teil und erst, wenn dieser abgeschlossen ist, geht man weiter zum Arzt-Teil. Der Abschluss der Konsultation geschieht im Gemeinsamen Teil. Diese Chronologie bietet eine Struktur und Orientierungshilfe: Wo bin ich eigentlich gerade? Bin ich im Patienten-Teil, Arzt-Teil oder Gemeinsamen Teil? Und wenn ich mich nun im Arzt-Teil befinde – habe ich Klarheit über den ganzen Patienten-Teil gewonnen?

Dieser „**Konsultationsprozess**“ wurde entwickelt in so genannten „Konsultationslaboratorien“, einer sowohl lehrenden als auch forschenden Kurstätigkeit. Die Kursteilnehmer bringen ihre eigenen Patientenfälle mit zum Kurs. Dort spielt man seinen Patienten und ein anderer Teilnehmer spielt den Arzt. Diese gespielte Konsultation wird auf Video aufgezeichnet. In der Kursgruppe können dann anhand des konkret vorliegenden Materials direkt verschiedene Möglichkeiten getestet werden, dem Patienten zu begegnen. Es können Vorschläge gemacht werden zur Lösung sowohl der kommunikativen als auch klinischen Probleme der jeweils vorliegenden Konsultation. Die Ergebnisse dieser Konsultationslaboratorien wurden dann weiter in wirklichen Patientenkonsultationen mit und ohne Video und in weiterführenden Gruppen getestet (17,18).

Diese umfassende Kurstätigkeit hat dazu geführt, dass ca. 4000 Allgemeinärzte diese Kurse besucht haben und dass Patientenzentrierung als pädagogisches Modell in der medizinischen Grundausbildung sowohl in Schweden als auch Dänemark etabliert ist.

Die drei Teile des Konsultationsprozesses bestehen wiederum aus 9 Phasen oder auf Englisch PRACTICAL (Schema am Ende des Heftes) (2). Im Folgenden gehen wir ganz ausführlich Schritt für Schritt jede dieser 9 Phasen im Rahmen der drei Teile durch. Sie repräsentieren einen Idealzustand.

Die Konsultation beginnt mit dem Patienten-Teil

Der Patienten-Teil besteht aus:

1. Vorher
2. Verhältnis
3. Vorstellungen, Ängsten/Sorgen, Erwartungen/Wünschen
4. Verständnis – Zusammenfassung dessen, was der Patient erzählt hat

1. Das "Vorher" des Patienten - Gedanken, Gefühle und Handlungen vor dem Arztbesuch

Hier kannst Du innehalten und Dich erinnern, was Du dachtest und fühltest, als Du das letzte Mal einen Arzt aufsuchtest.
Was fühltest Du in Deinem Körper und welche Gedanken gingen Dir durch den Kopf, ehe Du einen Termin buchtest?
Hattest Du dir über etwas Sorgen gemacht?
Womit wolltest Du vom Arzt Hilfe bekommen?

Die Vorbereitungen eines Patienten vor einer Konsultation

Du hattest Dich auf den Arztbesuch vorbereitet und solch eine Vorbereitung kann einige ganze Menge umfassen. Wenn Menschen Veränderungen an sich bemerken, können sie denken:

- Was ist passiert?
- Warum ist das passiert?
- Warum ich?
- Warum grade jetzt?
- Was passiert, wenn man nichts macht?
- Was soll ich tun?
- Wen soll ich um Hilfe bitten? (19)

Von den ersten Zeichen dieser Veränderung bis zur Begegnung mit Dir als Arzt hat dein Patient sich überlegt, was nicht stimmt und welche Konsequenzen das haben kann. Manchmal kann es sich um Angst vor einer tödlichen Krankheit handeln – z.B. hat jeder fünfte Patient Gedanken über Krebs gehabt. Der Patient pendelt zwischen „Es ist sicher nichts und der Arzt hält mich für einen Hypochonder“ und „Es könnte ja etwas Ernsthaftes sein... Vielleicht ist es das gleiche, was XY hatte“. Das ist unangenehm, ist etwas, was viele Patienten peinlich finden, zuzugeben, sowohl sich selbst als auch anderen gegenüber – und so erzählen viele lieber nichts davon.

Man kann sagen, dass der Patient schon seine eigene innere Konsultation mit dem Arzt hatte und sein Kranksein und seine Symptome viele Male durchdacht und sich überlegt hat, wie sie am besten zu präsentieren seien, damit der Arzt die bestmögliche Information bekommt. Oft hat der Patient auch schon mit jemand anderes über sein Gesundheitsproblem geredet, sich im Internet kundig gemacht oder sich vielleicht selbst zu behandeln versucht. Der Patient kann in seinen Gedanken über sein Problem und dessen Behandlung schon sehr weit gekommen sein. Für Dich als Arzt gilt es nun, den gleichen Stand zu erreichen.

Dieses „Vorher“ des Patienten existiert gleichermaßen beim Wiedervorstellen und bei der Betreuung chronischer Krankheiten. Der Patient hat immer mehrere Gedanken und Fragen und oft neue Probleme oder Ängste seit dem letzten Besuch beim Arzt.

Die Vorbereitung des Arztes vor der Konsultation

Deine Vorbereitung vor einer Konsultation ist ja gewöhnlicher Weise, dass Du dich - falls vorhanden - mit der Krankengeschichte beschäftigt hast. Woran man vielleicht nicht immer denkt, ist, dass der Arzt sich eine kurze Ruhepause zwischen seinen Patienten geschaffen haben sollte – siehe dazu Punkt 9 „Verabschiedung“.

2. Verhältnis

Es gibt einen psychologischen Raum zwischen dem Patienten und mir – wie stelle ich eine Verbindung her zwischen uns? (20)

Es gilt nun, den Patienten dort abzuholen, wo er sich befindet. (21)

Meetings between experts

Du bist Experte darin, Symptome in Krankheitszeichen zu übersetzen, zu untersuchen und medizinisch zu behandeln. Der Patient ist Experte für sein eigenes Leben und die Signale seines Körpers. Oft kann er selber den Schlüssel zur Problemlösung haben (22). Aber der Patient fühlt sich häufig unsicher und ängstlich und braucht Zeit und Ermutigung, um seine Gedanken vermitteln zu können.

Die Einleitung, der erste Satz und die erste Minute sind entscheidend für den Rest der Konsultation und wie sich der Patient von Dir angenommen fühlt. Um sich angenommen zu fühlen und Vertrauen zu entwickeln, ist es für den Patienten wichtig, dass Du ihm zeigst, dass Du ihm zuhörst und ihn siehst (23), dass Du seinem Erleben des Problems Glauben schenkst und versuchen willst, ihm zu helfen.

Dein freundliches Willkommen macht den Anfang Eures Verhältnisses, das mit der „Erzählung des Patienten“ beginnt: „Willkommen! Bitte erzählen Sie ...“ Die Freundlichkeit des Arztes wird in den Konsultationslaboratorien als sehr wichtig erlebt.

Lasse den Patienten reden!

Und Du wirst entdecken, was alle Studien beschreiben, die dokumentiert haben, wie lange Patienten von sich aus erzählen: Dass der Patient fast immer nach höchstens ein paar Minuten mit seiner Erzählung fertig ist (24,25). Das kann selbstverständlich klingen und Du magst glauben, es sei leicht, ruhig zu sein und mehrere Minuten nur still zuzuhören. Aber erst, wenn Du dich selbst genau beobachtest oder dich filmst in der Begegnung mit dem echten Patienten, wirst Du merken, wie schwer es doch ist.

So bald der Patient Symptome und Probleme präsentiert, beginnen wir zu assoziieren. Und wir bekommen automatisch Lust, Fragen zu stellen, um die eine oder andere Differentialdiagnose abzudecken (26). Dieser Impuls schadet aber sowohl dem Arzt als auch dem Patienten, da er eine Unterbrechung des wichtigen, kondensierten anamnestischen Informationsflusses ist. Und nicht immer ist das, was zuerst genannt wird, das Wichtigste.

Wenn der Patient beginnt zu berichten, werden wir auch von den Gefühlen des Patienten beeinflusst – ob wir es nun wollen oder nicht. Viele Ärzte können im Konsultationslabor zugeben, wie stark sie von dramatischen Erzählungen beeinflusst werden – dass sie selbst Angst bekommen oder frustriert werden.

Wenn der Patient von Schmerzen erzählt oder schweren Problemen, versuchen wir daher, dieses Unbehagen und unser Gefühl der Hilflosigkeit zu umgehen. Am häufigsten dadurch, dass wir mit Hilfe von Hypothesen und Fragen versuchen, Kontrolle über das Gespräch zu bekommen: „Wie lang, wann begann das, wo tut es weh?“ – „der biomedizinische Reflex“ (27). Das ist ein verräterischer Impuls, weil das Gefühl, das in uns geweckt wird, oft vom Patienten kommt und wir es diagnostisch gut nutzen könnten. Die Gefühle in uns zeigen nämlich, wie sich der Patient wahrscheinlich fühlt. Wir können daher dem Patienten begegnen mit einer Bestätigung wie „Es scheint Ihnen ja wirklich sehr schlecht zu gehen!“ Dabei stellt sich paradoxerweise oft eine Erleichterung für Patient und Arzt ein.

Zeitdruck spielt auch eine entscheidende Rolle. Wenn wir von saurem Aufstoßen und Brennen gehört haben, brauchen wir wohl nicht mehr zu wissen, um zu verstehen, dass der Patient eine Gastritis hat und ein Rezept braucht? Aber da verpassen wir leicht die Angst vor Herzproblemen, den Magenkrebs des Vaters, den Stress auf der Arbeit oder die Therapie, die der Patient schon versucht hat. Je ängstlicher ein Patient, desto enger wird sein Gesichtsfeld und umso wichtiger ist es, sich akzeptiert zu fühlen. Manchmal verstehen Patienten nur „entweder – oder“: „Bekomme ich Hilfe oder nicht?“ Tatsächlich wird auch der Gehörsinn von Angst beeinflusst, manche Sätze versteht man extra deutlich, andere werden nicht wahrgenommen.

Hier spielt das Bedürfnis des Arztes, helfen und trösten zu wollen, eine weitere Rolle: Oft versuchen Ärzte, ihre Patienten gleich zu beruhigen: „Machen Sie sich keine Sorgen deswegen“. Zum Einen besteht das Risiko, den Patienten auf Grund bzw. trotz unklarer Tatsachen schnell beruhigen zu wollen, zum Anderen bekommt der Patient leicht das Gefühl, sein Problem werde bagatellisiert. Die Angst, nicht ernst genommen und vielleicht auch nicht entsprechend ordentlich untersucht zu werden, kann nun im Patienten wachsen.

Wie erlebt es der Patient und wie reagiert er, wenn er gleich zu Beginn unterbrochen wird?

Sobald wir im Patiententeil eine Frage stellen, die von unseren eigenen Gedanken ausgeht, brechen wir den Patienten ab, der vielleicht

- vergisst, weshalb er eigentlich gekommen war
- nicht zum eigentlich Wichtigen weiter kommt
- das Gefühl bekommt, sich dumm oder falsch auszudrücken
- glaubt, dass der Arzt keine Zeit hat
- das Gefühl bekommt, das, was er erzählt, sei unwichtig
- das Gefühl bekommt, der Arzt stellt das Problem in Frage.

Hier kann uns das chronologische Modell helfen, den Patienten in Ruhe fertig erzählen zu lassen. Im Patienten-Teil ist es ausreichend, einfach nur zu zuhören. Die ärztliche Arbeit mit der vertieften Anamnese bekommt im Arzt-Teil ihren Raum und Erklärungen und vielleicht Trost im Gemeinsamen Teil.

WIE?

Wie können wir dem Patienten zeigen, dass wir ihn sehen und hören, seinem Erleben des Problems Glauben schenken und helfen wollen?

- **Beginne** mit einer freundlichen Begrüßung und Augenkontakt
- Leite mit einer offenen Frage ein: „Berichten Sie, womit wollen Sie Hilfe haben?“ (z.B. auf der Notaufnahme) oder „Was ist Ihnen heute wichtig zu besprechen?“ (Informativer Besuch, Follow up).
- Höre dem Patienten ruhig zu
- **Bestätige** die Gefühle des Patienten, validiere, gib ihm eine „Quittung“:
 - Hm, ja, oh je!
 - Erzählen Sie mehr!
 - Können/Wollen Sie dazu noch mehr sagen/ergänzen?
 - Das klingt anstrengend/belastend/schmerzhaft...
 - Ich sehe, wie schwierig es für Sie ist/dass Sie große Schmerzen haben/...
 - Sie haben es sehr schwer gehabt, wie ich verstehe!

- Da verstehe ich, weshalb Sie kommen/ wie Sie denken/...
 - Wie gut, dass Sie gekommen sind!
 - Das war klug gedacht von Ihnen!
 - Das ist wirklich eine gute Frage!
 - Ich will Ihnen helfen so gut ich kann (dem Patienten zu helfen kann auch bedeuten, ihm Wegbegleitung zu geben, zuzuhören, Rat zu erteilen...)
 - Wiederholen der letzten Worte des Patienten
 - Nonverbal: nicken
-
- Zu Patienten, die spezielle Untersuchungen, Rezepte oder Krankenschreibungen wünschen, kann man sagen: „Wie gut, jetzt weiß ich, was Sie möchten – können Sie ein bisschen mehr zu den Gründen erzählen?“
-
- **Fasse zusammen** oder wiederhole das, was der Patient erzählt hat in groben Zügen. Das gibt Klarheit darüber, was angekommen, was missverstanden oder vergessen worden ist und funktioniert gleichzeitig als Bestätigung für den Patienten, dass man wirklich zugehört hat. Der Patient ist mit seiner Erzählung fertig, wenn er nach der Zusammenfassung auf die Frage „Habe ich Sie richtig verstanden?“ mit „Ja“ antworten kann.

Eventuell kann man fragen: „Weiß ich jetzt alles oder wollen Sie noch etwas ergänzen?“ „Wollen Sie darüber hinaus noch etwas anderes besprechen?“ „Haben Sie noch etwas anderes auf dem Herzen?“

Es ist ja manchmal nicht das wichtigste Problem, das als Erstes aufgegriffen wird. Wenn eine Arzthelferin den Termin gebucht hat, wollte der Patient vielleicht nicht das große, schwere, beängstigende oder peinliche Problem angeben.

Der Patient braucht Unterstützung, kein In-Frage-Stellen. Ein Patient, der viel redet und sich ständig wiederholt, um sich zu versichern, dass der Arzt verstanden hat, kann durch eine ausreichende Bestätigung, z.B. „Dann verstehe ich, wie beschwerlich es für Sie war“ Hilfe bekommen, weiter zu gehen. Der Patient hatte vielleicht das Bedürfnis, seine Besuchsursache legitimiert zu bekommen und wird erleichtert, wenn er etwas wie „wie gut, dass Sie gekommen sind, wo Sie sich so viele Gedanken gemacht haben!“ zu hören bekommt.

Patienten, die mehrere Probleme haben, kann der Arzt durch Zusammenfassen helfen, eventuell sogar durch Aufschreiben der verschiedenen Probleme. So hat man gemeinsam eine Liste vor Augen und kann, wenn die Zeit nicht für alles reicht, priorisieren, was aktuell das Wichtigste für Arzt oder Patient ist.

Der Patient, der nicht so viel berichtet, braucht oft ermunternde kleine Zusammenfassungen, Wiederholungen oder Bestätigungen.

Und bei den Patienten, die über Probleme oder Geschehnisse berichten, wo man das Gefühl hat, nicht helfen zu können: einfach **Zusammenfassen!** Als eine Bestätigung dafür, dass man zugehört hat. Wir wissen ja, dass es oft schon eine große Hilfe ist, gehört zu werden, um weiter zu kommen und mit seinen Schwierigkeiten weiter zu leben. Wenn der Patient sehr viel redet oder Dir wiederholt ins Wort fällt, können wiederholte Zusammenfassungen helfen – oft sind diese Patienten im Grunde ängstlich.

Erfahrungen aus dem Konsultationslabor: „Bestätigung“ fehlt

Was ist am Schwierigsten zu üben? Ja, das ist die emotionale Bestätigung oder das, was in der Psychologie „Validierung“ genannt wird. Dem Patienten zu bestätigen, dass man versteht, dass er ein Problem hat, das nicht nur eine kognitive, sondern auch eine emotionelle Dimension hat. Das wird im Folgenden „bestätigen“ genannt.

Die Ärzte lernen während der Kurse schnell, der Erzählung des Patienten während der ersten Minuten der Konsultation Raum zu geben und deren kognitiven Inhalt gut widerzugeben. Aber oft fehlt die emotionelle Bestätigung des Arztes, wie z.B. „Nun verstehe ich, wie unruhig Sie waren“ oder „Das muss schwierig gewesen sein für Sie, in dieser Lage so lange zu warten“. Manche Ärzte wollen hingegen bewusst diese emotionellen Bestätigungen vermeiden und verteidigen sich z.B. wie folgend: „Das kann ja so verstanden werden, als ob ich der gleichen Meinung wäre? Aber ich finde ja gar nicht, dass man sich wegen so ein bisschen Gastritis Sorgen machen muss!“ oder „man hat doch als Patient kein Recht, über so lange Wartezeiten auf der Notaufnahme zu klagen!“

Aber das ist natürlich ein Missverständnis. Zu verstehen und sein Verständnis auch auszudrücken für das, was der Patient erlebt hat, heißt eben nicht, dass der Arzt selbst das Gleiche findet. (Aber vielleicht wäre der Arzt selbst missgelaunt, wenn er als Patient lange auf der Notaufnahme hätte warten müssen?)

Ein Arzt, der freundlich zuhört und dem Patienten Bestätigung gibt, hilft dem Patienten, zu besserer Laune zurück zu finden und dann auch seine Probleme viel besser präsentieren und Information besser aufnehmen zu können.

3. Vorstellungen, Ängste, Erwartungen

Der Patient hat ein Recht auf Hilfe – aber Du selbst hast auch ein Recht, eine ordentliche Antwort darauf zu bekommen, wie der Patient denkt und womit er Hilfe haben will.

Für die meisten Patienten ist es leichter, über die kognitive Seite ihres Problems zu berichten, während die emotionelle oft mit Schuldgefühlen ,

Scham, Minderwertigkeit, Machtlosigkeit und Angst, d.h. negativen Gefühlen verbunden ist, die tendenziell eher zurück gehalten werden. Deshalb sollten Deine Fragen wie ein Schlüssel sein zu diesen Gedanken und Gefühlen, die der Patient vielleicht noch nicht einmal vor sich selbst zugegeben hat.

Besonders wichtig ist es, sich bei Gesundheitsproblemen von Kindern dafür Zeit zu nehmen, wo der Arzt leicht vergessen kann, die Gedanken, Ängste und Sorgen der Eltern sowie ihren Wissensstand über körperliche Reaktionen von Kindern in Erfahrung zu bringen.

Die Erfahrungen aus den Konsultationslaboratorien zeigen, dass das häufigste Problem der Ärzte damit zu tun hat, dass die eigentliche Besuchsursache nicht richtig klar geworden ist. Alle die unklaren, langen Konsultationen, die Ärzte ins Konsultationslabor mitgenommen hatten und bei denen auch die ärztlichen Beurteilungen wage und unklar waren, handelten fast immer von demselben: Der Arzt hatte sich der Symptome und Probleme angenommen, ohne nach den Gedanken und Gefühlen des Patienten zu fragen und in Erfahrung zu bringen, womit der Patient denn genau Hilfe haben wollte. Der Arzt hatte sich mit dem „Symptom an sich“ begnügt – was ein fataler Fehler ist, da es ein solches „Symptom an sich“ nicht gibt. Der Patient hat ja schon sein Symptom interpretiert, ihm oft beängstigenden Inhalt verliehen und es erst danach zum Arzt „mitgebracht“. Für den Arzt wird es sehr schwierig, wenn er nicht die Besuchsursache verstanden hat, d.h. die Vorstellungen, Ängste und Erwartungen des Patienten in Erfahrung gebracht hat. In der englischen Terminologie sprechen wir hier von ICE (ideas, concerns and expectations) (13).

Beispiel: Feststellen von Vorstellungen, Ängsten und Erwartungen

Viele Patienten berichten von ihren Symptomen und was passiert ist, aber nicht davon, was sie selbst dazu gedacht haben und was die Symptome und Probleme für sie bedeuten:

Ein Patient kommt wegen Brustschmerzen. Der Arzt bekommt eine lupenreine Anamnese von Refluxbeschwerden und verschreibt Omeprazol. Die Dokumentation und Diagnose sind von höchster medizinischer Qualität. Als der Patient aber in der Apotheke die Medizin abholt, erfährt er, dass es Tabletten für den Magen sind. Daher stellt er sich abends in der Notaufnahme vor - wegen seines Herzens.

Oder ein anderes Beispiel dafür, dass die Bedeutung, die der Patient seinen Symptomen gibt, das Erlebnis des Patienten wesentlich bestimmen:

Eine Patientin mit schweren Schmerzen im Fuß wurde extensiv untersucht, ohne dass eine medizinische Erklärung der schweren Schmerzen gefunden werden konnte. Schließlich wurde die Patientin in der Schmerzklinik auf Morphin eingestellt. Als ein Arzt sie fragte, ob es irgendetwas Spezielles

gäbe, über das sie sich mit ihrem Fuß Sorgen machte, berichtete sie das für sie so Selbstverständliche, dass man solch starke Schmerzen zu Beginn einer Gangrän habe, die sich bald das Bein hinauf fortsetzten und zur Amputation führen würde, ein baldiger Tod nicht ausgeschlossen. Diesen Ängsten begegnete der Arzt mit der Information, dass die Patientin gute Fußpulse hatte als Zeichen einer funktionierenden Zirkulation und Arthrose mit Inflammation die wahrscheinlichste Erklärung ihrer Beschwerden war. Daraufhin konnte die Morphinbehandlung beendet und eine ausreichende Schmerzlinderung mit NSAID erzielt werden.

Wie ein Patient seine Symptome präsentiert, hat viel mit der Ambivalenz zu tun, die der Patient den Symptomen gegenüber empfindet. Mit einem Teil des Bewusstseins können Symptome als bedrohlich empfunden werden („Das ist bestimmt etwas Ernstes“), während mit dem anderen Teil die Symptome als banal gedeutet werden („Das ist bestimmt nichts“) und die Überzeugung und den Wunsch nähren, dass der Arzt das sicher schnell lösen kann. Es kann passieren, dass der ängstliche Teil im Patienten bestimmte für den Arzt wichtige Informationen zurück hält in der Hoffnung, dass es sich um etwas ganz Normales handelt. Etwas ähnliches geschieht, wenn eine Patientin zu spät zum Arzt kommt, wenn sie einen Knoten in der Brust bemerkt hat. Die Ängste vor der Diagnose und den damit verbundenen Konsequenzen und die Einsicht, dass das, was man spürt, mit einem selbst zu tun hat, kann dazu führen, dass man wartet.

Warum hilft es so viel, frühzeitig die Erwartungen der Patienten in Erfahrung zu bringen?

Hier spricht man manchmal von „Hand-auf-der-Türklinke“-Konsultation: Ein Patient mit plötzlichen Knieschmerzen hatte im Internet von Magnetrontgen gelesen. Der Arzt untersuchte das schmerzende Knie, stellte eine Tendinitis fest und schlug NSAID und Training des Quadrizeps vor. Auf dem Weg nach draußen, die Hand schon auf der Türklinke, fragte der Patient: und warum bekomme ich keine Magnetrontgen-Untersuchung? Da muss die Konsultation wieder von vorne beginnen ... und der Arzt erlebt den Patienten vielleicht als nervig und frech.

Wenn man sich also gleich zu Beginn der Konsultation Klarheit verschafft über die Probleme inklusive den dazugehörigen Vorstellungen, Ängsten und Erwartungen, kann man sich und dem Patienten unnötige Arbeit und Frustration ersparen.

Die meisten Menschen warten damit, zum Arzt zu gehen, bis sich ein paar Probleme angesammelt haben. Manche kommen mit einer langen Liste. Hat der Arzt nur 5-10 Minuten Zeit für eine Konsultation, kann man kaum mehr als 1-2 Probleme abhandeln. Dem Patienten, der dazu übergeht, von seinem nächsten Gesundheitsproblem zu berichten, kann man z.B. sagen: „Sie haben also Magenschmerzen, über die Sie sich Sorgen machen und sagen nun, dass Sie auch Probleme mit dem rechten Knie haben. Gibt es

noch mehr, was Sie mit mir besprechen wollen?“ Nachdem man die mitgebrachte Liste mental oder auf dem Papier vorliegen hat, braucht man zu jedem Problem die dazugehörigen Vorstellungen, Ängste und Erwartungen, um dann priorisieren zu können: „Was ist für Sie im Moment am wichtigsten?“ (13). Das ist eine einfache und schnelle Methode, um mit der Priorisierung Hilfe zu bekommen. Der Patient wird auf diese Weise gleich anfangs verantwortlich für das, was in der Konsultation aufgegriffen wird. Durch die Abgrenzung der Probleme gibt man sich selbst die Möglichkeit, gründlich arbeiten zu können. In Deiner Zusammenfassung zeigst du, dass Du zugehört hast und es wird für beide deutlich, was der Patient aufgreifen möchte.

Aber um Missverständnissen vorzubeugen: es ist natürlich nicht nur die Agenda des Patienten, die bestimmt, was in der aktuellen Konsultation priorisiert werden soll, sondern der Arzt hat seine Verantwortung, medizinisch als wichtig Erachtetes zu benennen und im ärztlichen Teil aufzugreifen.

WIE:

Welche Gedanken hat der Patient zu seinen Problemen? Womit will er die Hilfe des Arztes haben?

Wenn der Patient frei erzählen kann und sich angenommen fühlt, kommen oft spontan eine oder mehrere der Vorstellungen, manchmal Ängste und Erwartungen an den Besuch zu Tage. Um diese 3 Faktoren mit Sicherheit in Erfahrung zu bringen, können einige Schlüsselfragen hilfreich sein (28). Hier kommen ein paar Beispiele, die der Situation und dem eigenen Empfinden angepasst werden können:

Schlüsselfragen zu Vorstellungen, Ängsten und Erwartungen:

Vorstellungen = eigene Gedanken und Erklärungen des Patienten

- Was haben Sie selbst dazu gedacht?
- Wenn man eine Weile solche Symptome gehabt hat, beginnen sich die meisten Menschen, Gedanken zu machen. Was haben Sie sich für Gedanken gemacht?
- Haben Sie darüber nachgedacht, ob Ihre Symptome mit irgendetwas zusammen hängen?
- Sie haben sich sicher schon Gedanken gemacht über X (das Gesundheitsproblem), Sie kennen sich ja selbst am besten, wollen Sie ein bisschen darüber berichten?
- Wie denken Sie dazu? (Vertiefung)
- Was haben Sie sich noch zu Ihren Beschwerden für Gedanken gemacht? (Der Patient kann mehrere Vorstellungen zu seinem Problem haben.)

Ängste = Sorgen = Unruhe

- Gibt es etwas Spezielles, wovor Sie Angst haben?
- Wenn es etwas gibt, worüber Sie beunruhigt sind, ist das für mich wichtig, zu wissen. Ich will ja versuchen, so gut als möglich auf Ihre Fragen zu antworten.
- Sie sagten, dass Sie beunruhigt sind, wie meinen Sie das?

Erwartungen = Wünsche

- Ich will selbstverständlich versuchen, Ihnen zu helfen – gibt es etwas Spezielles, was heute hier passieren soll oder womit Sie (meine) Hilfe brauchen?
- Und Sie hatten sich vorgestellt, dass ich Ihnen helfen kann mit was?
- Hatten Sie eine Vorstellung, dass heute eine spezielle Untersuchung gemacht werden sollte?
Was würden Sie sich heute von mir wünschen?

Verdeutliche Vorstellungen, Ängste und Erwartungen durch eine Zusammenfassung und Bestätigung.

Hat der Patient keine (ausreichende) Bestätigung von Dir bekommen, wiederholt er sich oft und versucht von seinen Problemen zu überzeugen, um Dein Verständnis zu bekommen. So lange der Patient unsicher ist, ob Du ihm helfen willst, kommt kein ordentlicher Dialog zu Stande. „Wird dieser Arzt mich verstehen und mir helfen wollen?“ Das kann durch Verdeutlichung und Bestätigung oft gelöst werden: „Da verstehe ich, dass Sie sich Sorgen machen, wenn Sie dachten, dass es vielleicht Krebs sein könnte. Gut, dass Sie gekommen sind, dann können wir das ordentlich

untersuchen.“ Oder „Ich verstehe, Sie dachten sich, dass es gut wäre, gleich zu Beginn der Erkältung Antibiotika zu bekommen, damit Sie sicher bis Montag, wo Sie Ihre neue Arbeit beginnen, wieder gesund sind.“

Wünscht der Patient spezielle Untersuchungen, Medizin oder eine Krankenschreibung: „Gut, ich glaube, ich habe verstanden, wie Sie darüber denken. Das werde ich im Hinterkopf behalten, wenn ich nun noch ein paar Fragen stelle und Sie untersuche, um Ihnen so gut als möglich zu helfen.“ – Zu helfen kann (wieder einmal) auch bedeuten, den Patienten zu begleiten, zu bestätigen, zu zuhören und Rat zu geben.

Es ist immer wieder wichtig zu betonen, dass man den Vorstellungen, Wünschen und Erwartungen, die man im Patiententeil heraus gearbeitet hat, nicht blind entsprechen muss. Als Arzt macht man seine ärztliche Arbeit im Arzt-Teil und erst im Gemeinsamen Teil haben Vorschläge über das weitere Procedere ihren Platz. Wenn man dabei den Patienten während des Arzt-Teils über die Untersuchungsbefunde informiert hat, wird es für den Patienten viel leichter, sich zu seinen Problemen und Wünschen zu verhalten.

Erfahrungen der Ärzte aus dem Konsultationslabor: Wie schaffe ich es, Grenzen zu setzen?

Soll der Patient einfach Bestellungen abliefern dürfen? Wie soll ich als Arzt es da schaffen, Grenzen zu setzen?

Ärzte werden nervös bei der Frage nach den Vorstellungen des Patienten: „Die Patienten glauben so viel komisches Zeug – muss ich das wirklich alles untersuchen?“

Und noch nervöser bei der Frage nach den Wünschen des Patienten: „Werde ich da nicht gezwungen, alles so zu machen, wie gewünscht und zu einem Dienstleister reduziert zu werden? Was geschieht mit meiner Professionalität?“

Patienten, die eigene Ideen und Wünsche bezüglich spezieller Untersuchungen haben, scheinen manchmal die Autorität des Arztes in Frage zu stellen. Ärzte begegnen dieser Frustration mit dem Vorsatz: „Ich muss mehr Grenzen setzen!“ Was leider oft dazu führt, dass der Arzt den Patienten-Teil überspringt oder verkürzt, um sich schnell dem Arzt-Teil zu widmen. Dadurch verpasst er aber die Möglichkeit, seinen Patienten zu verstehen und seine Pädagogik dem Patienten anzupassen. Das resultiert wiederum in (erneuter) Argumentation mit dem Patienten und der Arzt wird in seinem Bedürfnis, Grenzen zu setzen, bestärkt...

Ein gewöhnliches Beispiel ist der Patient, der wegen seiner Erkältung kommt. Der Arzt versteht schnell, dass es sich um eine Virusinfektion handelt und will unnötige Antibiotika-Verschreibung vermeiden. Eine schnelle Untersuchung, Information über Virus – das ist wohl die beste Methode, Forderungen und zeitraubende Gespräche über Antibiotika zu vermeiden? Aber da wird der Patient am Ende der Konsultation sagen: „Bisher habe ich ja von Dr. Gesund immer Antibiotika gekriegt und dann war die Erkältung nach 3-4 Tagen weg!“

Falls der Patient Fragen zu seinen Symptomen hat oder gleich eine Überweisung, Krankschreibung oder ein Rezept haben will, kann man ganz einfach sagen, dass man darauf zurück kommen wird, wenn man das Problem verstanden und fertig untersucht hat. Hier kann man sich wirklich auf die Chronologie des Konsultationsprozesses verlassen, Antworten sind ja erst im Gemeinsamen Teil an ihrer Stelle.

Es kann einem auch gegen den Strich gehen, nach Ängsten zu fragen, wenn man schon zu wissen glaubt, dass der Patient Angst vor Krebs hat. „Und wenn ich frage, wecke ich da nicht eine schlafende Angst?“ Oder die Angst wird als selbstverständlich angenommen und eine Verbalisierung als überflüssig erachtet. Aber unsere Erfahrungen mit den Patienten des Konsultationslabors beweisen das Gegenteil.

Erfahrungen mit den „Patienten“ des Konsultationslabors

Wie ist es für den Patienten, über Vorstellungen, Ängste und Wünsche befragt zu werden? Was funktioniert dabei gut?

Fragt der Arzt „Gibt es etwas, worüber Sie beunruhigt sind? Etwas, worauf Sie Antwort haben wollen, bevor Sie den Raum wieder verlassen?“ Sowohl der gespielte „Arzt-Patient“ als auch der echte empfinden es als Erleichterung und es kommt selten vor, dass der Arzt keine spezifizierte Antwort bekommt, in der meist auch eine ernsthafte Erkrankung mit erwogen wird.

Die meisten Menschen bekommen Angst, wenn der Körper Signale von sich gibt, die mit Krankheit verbunden werden können. Wenn man nach Ängsten fragt, zeigt man, dass man auch eine entsprechende Antwort aushalten wird.

Hat der Patient das Gefühl bekommen, dass der Arzt ihm zugehört hat, hat er sich verstanden gefühlt und gemerkt, dass der Arzt ihm helfen will, ist die Voraussetzung geschaffen, dass er zuhören will und wird, was der Arzt zu sagen hat.

Hat man verstanden, wie der Patient seine Symptome auffasst, kann man darauf Bezug nehmen, wenn man im Gemeinsamen Teil seine ärztlichen Erklärungen darlegt (29). Der Patient wird sich in höherem Grade verstanden fühlen und Deine Ratschläge als sinnvoll empfinden.

Konsultationen mit Dolmetscher

Vielleicht hat der Patient ungenügende Sprachkenntnisse und Du musst mit einem Angehörigen oder professionellen Dolmetscher zusammenarbeiten. Hierbei kann man die Situation für sich und Patienten einfacher machen, wenn man den Übersetzer schon vor Beginn der Konsultation informiert: „Ich werde frühzeitig danach fragen, was der Patient und die Angehörigen sich zu den Symptomen gedacht habe, ob sie etwas beunruhigt hat als Zeichen einer ernsthaften Krankheit und was vom Gesundheitssystem erwartet wird – z.B. Röntgen, Krankschreibung oder Ähnliches“.

Der Patient antwortet nicht auf die Fragen nach Vorstellungen, Ängsten und Erwartungen – ein diagnostischer Faktor

Wenn eine Konsultation schief geht, liegt es oft daran, dass wir die Vorstellungen, Ängste und Wünsche des Patienten nicht deutlich auf den Tisch gebracht haben. Dann ist es schwer, im weiteren Gespräch eine Richtung zu haben. Gelingt es einem aber nicht, klare Antworten vom Patienten zu Vorstellungen, Ängsten und Wünschen zu bekommen, kann das daran liegen, dass der Patient sich in einer Krise befindet, psychotisch oder dement ist, eine Abhängigkeitsproblematik oder mentale Retardierung vorliegt. Hier können die Antworten und die Art des Antwortens auf die Fragen nach Vorstellungen, Ängsten und Wünschen wichtige diagnostische Informationen erbringen.

Meist hat nicht nur der Patient, sondern auch Angehörige sich Gedanken und Sorgen gemacht und haben spezielle Erwartungen an den Besuch. Bleibt die Besuchsursache unklar, kann es oft helfen, danach zu fragen, was die Ehefrau, die Tochter, der Vater darüber gedacht hat.

4. Verständnis

„Erst wenn du geantwortet hast, weiß ich, was ich gesagt habe.“

„Verstehen heißt verändern.“

Verständnis ist keine Selbstverständlichkeit. Verständnis sollte handfest und konkret sein, nichts, was man erraten oder deuten muss. Der Patient kann nur sicher sein, dass er verstanden wurde, wenn der Arzt seinen Bericht inklusive Vorstellungen, Ängsten und Erwartungen zusammengefasst hat. Erst danach kann abgesprochen werden, wovon die Konsultation handeln soll und der Arzt kann zum Arzt-Teil übergehen.

„Davon ausgehend, was Sie berichtet haben, verstehe ich, dass ... und dass Ihr Hauptproblem ist und es Ihnen so und so ergangen ist. Sie hatten überlegt, ob das auf ... beruhen könnte und sich Sorgen gemacht, dass das Zeichen für ... sein könnten. Nun wollen Sie gerne mit ... meine Hilfe haben. Habe ich Sie richtig verstanden?“

Diese Zusammenfassung ist wie ein Vertrag ausgeformt mit Ausgangspunkt in dem, was der Patient selbst „geliefert“ hat.

Verbessert einen der Patient in etwas, was man falsch verstanden hatte, kann man sagen: „Entschuldigen Sie, das hatte ich falsch verstanden/vergessen/nicht gehört.“

Oft haben Patienten mehrere Probleme und beginnen mit dem ersten – und kleinsten – um den Arzt zu testen. Daher ist es ratsam, zu fragen: „Gibt es noch mehr, worüber Sie heute mit mir reden möchten?“ Fragt man nach „anderem“ kann der Eindruck entstehen, das erste Problem sei unwichtig.

Wie können wir wissen, dass wir verstanden haben? – ärztliche Empathie-Entwicklung während der Konsultation

Allgemein davon zu reden, dass der Arzt verständnisvoll ist/ausieht oder verständnisvoll zuhört, reicht nicht. Wie kann der Arzt sicher sein, dass er den Patienten verstanden hat? Wir behaupten, dass das erst der Fall ist, wenn der Arzt Vorstellungen, Ängste und Wünsche deutlich gemacht und alles zusammengefasst hat.

In den Konsultationslabors sehen wir deutlich, wie sich das Bild, das sich der Arzt vom Patienten macht, verändert, wenn das konkrete Verständnis im inneren Blick des Arztes verankert ist. Patienten verwandeln sich vom „typischen Schmerzpatient“ oder „typischen Gyn-Patient“ (Beschreibungen, die oft eine versteckte Frustration und vielleicht sogar Hilflosigkeit beinhalten) zu einem interessanten Individuum. Ein Mensch, den ich verstehen kann, ein Mensch mit einem Problem, das gelöst werden soll – das mögen Ärzte! Vielleicht blitzt sogar für eine Sekunde ein Gefühl auf von „Das hätte ich sein können!“

Die eigenen Gedanken des Arztes werden deutlicher, Frustration wird minimiert oder verschwindet ganz und der Auftrag wird einfacher. Das Wissen darüber, wie der Patient denkt, erleichtert es, die eigenen und die Gefühle des Patienten auseinander zu halten und die weitere, hauptsächlich kognitive Arbeit im ärztlichen Teil zu bewältigen.

Wenn Arzt und Patient unterschiedlicher Meinung sind

Wenn Du zusammengefasst hast, wie du den Patiententeil verstanden hast, wird Dir klar, wie der Patient denkt und was er erwartet und ob es eine Diskrepanz gibt zwischen seiner und Deiner Auffassung des Problems. Ist das der Fall, kann man während des Arzt-Teiles spezielle Aufmerksamkeit darauf legen. Hier hat man nämlich die Chance, den Patienten bei der Anamnese und Untersuchung daran zu beteiligen, wie man als Arzt denkt und mit welchen Hypothesen man arbeitet.

Bestehen unterschiedliche Auffassungen, weiß man schon, dass während dem Gemeinsamen Teil eine intensivere Arbeit erforderlich wird. Das frühzeitig zu wissen, erspart Zeit und erleichtert ein effektiveres Arbeiten.

Erwartet der Patient eine Krankschreibung oder spezielles Rezept, ist es wichtig, dem Patienten zu zeigen, dass man das verstanden hat: „Dann verstehe ich, dass Sie eine Krankschreibung/Schlaftabletten/... haben möchten.“ Geschieht das nicht, besteht das Risiko, dass die Anamnese unzulänglich wird, da der Patient noch damit beschäftigt ist, seinen Besuch zu legitimieren. Man kann z.B. sagen: „Ja, ich verstehe, dass Sie in einer schwierigen Situation sind und sich dachten, dass Schlaftabletten und eine Krankschreibung Ihnen helfen würden. Wie gut, dann weiß ich jetzt, wie Sie denken.“

Ein frühzeitiges „nein“, Zurechtweisungen oder gerichtete Fragen vor Abschluss des Patienten-Teils können wie „Ohrenstöpsel“ wirken und dazu führen, dass man in einer Argumentation landet. Diese kann sich dann

durch die gesamte Konsultation ziehen und dazu führen, dass man wichtige Information verpasst.

Und nun kannst Du zum ärztlichen Teil übergehen, nachdem Du zusammengefasst und vielleicht gefragt hast: „Weiß ich jetzt alles Wichtige? Oder gibt es noch etwas, was Sie ergänzen möchten, bevor ich beginne, meine Fragen zu stellen und Sie zu untersuchen?“

5. Der Arzt-Teil

Vertiefung – Erklärung

Im Arzt-Teil ist der Arzt in seinem Element, schafft Hypothesen und prüft sie, bis er zu einer Einschätzung kommt, die er dem Patienten mitteilt.

Aufgabe: Fragen, die den Bericht des Patienten aus medizinischer Sicht komplettieren, Untersuchung; Herausarbeiten einer Erklärung

Mittel: strukturierte Anamnese, eventuell inkl. Sozialanamnese, körperliche Untersuchung, Labor, Röntgen, usw.

Dieser 5. Teil ist zwar sehr selbstverständlich, wir wollen aber der Vollständigkeit halber doch ein bisschen dazu ausführen.

Vertiefung der Anamnese, Untersuchung und Erklärung

Während des Arzt-Teils kann man nun alle seine differentialdiagnostischen Erwägungen überprüfen. Man stellt Fragen zu den übrigen Organsystemen, die mit den Symptomen zusammen hängen könnten und fragt, wie die Probleme das tägliche Leben beeinflussen.

Vom Patientenbericht ausgehend „übersetzt“ der Arzt diesen in eine medizinische Anamnese. Hier können wir fokussierte und abgrenzende Fragen stellen: „Wie lange?“, „Wie begann es?“, „Was wirkt lindernd, was verschlechternd?“, „Wie beeinflusst Sie das im Alltag?“. Hier folgt der Arzt den eigenen differentialdiagnostischen Erwägungen, die nicht mit denen des Patienten übereinstimmen müssen. Der Patient kann z.B. glauben, seine Magenschmerzen hängen mit dem Thunfisch zusammen, den er gegessen hatte, während der Arzt sich davon überzeugen will, dass er nicht eine Appendizitis hat.

Manchmal ist es notwendig, das, worüber der Patient sich Sorgen macht, zu untersuchen. Eine Patientin mit Schmerzen in der linken Brust macht sich Sorgen über ihr Herz und es ist leicht zu verstehen, dass der Arzt hier auch das Herz abhören wird. Der Patient, der eine CT-Bauch wegen Angst vor Krebs haben möchte, wird im Arzt-Teil gründlich körperlich untersucht und beim Durchgehen von Befund und evtl. Laborwerten mit einbezogen. Über das CT wird erst im gemeinsamen Teil verhandelt, wo man eine stabilere Grundlage für seine Argumentation hat.

Im Arzt-Teil hast du die Chance, den Patienten soweit als möglich teilhaben zu lassen daran, wie du denkst und warum du etwas untersuchst. Sinn der Sache ist, dem Patienten eine Verständnisgrundlage zu geben und ihn an deiner medizinischen Kenntnis teilhaben zu lassen. Du kannst dir die Arbeit erleichtern, wenn du pädagogisch denkst. Z.B. wirst du den Patienten mit Bluthochdruck erst fragen, was er selbst über Bluthochdruck weiß, ehe du mit deiner Checkliste beginnst: „Was wissen Sie über hohen Blutdruck?“ Weiß der Patient bereits, dass ein Zusammenhang bestehen kann mit Stress, Übergewicht, Alkohol, Bewegung und erblichen Faktoren, dann ist deine Aufgabe leicht. Fehlt eine Erklärung, informierst du darüber, bevor du weitere Fragen stellst. Lebensstil und Alkohol sind intime Themen und versteht der Patient nicht, warum du dazu Fragen stellst, kann das schnell moralisierend wirken. Wird der Zusammenhang dem Patienten aber klar, kann es interessant werden, im gemeinsamen Teil Möglichkeiten zur Lebensstiländerung zu suchen und den Patienten so zu motivieren, eine Änderung und deren Auswirkung auf den Blutdruck zu testen. „Vielleicht kannst du es dadurch sogar vermeiden, Medizin nehmen zu müssen?“

Dokumentation

Im Arzt-Teil machst du die traditionelle Arzt-Arbeit und fasst diese in der Patientenakte zusammen. Der Patienten-Teil und der gemeinsame Teil sind nicht so einfach zu beschreiben. Daher ist das Risiko hoch, dass sie in der Dokumentation vergessen werden, grade in unserer Zeit, wo die Dokumentation einfacher Parameter ein Qualitätsindikator der ärztlichen Arbeit geworden ist.

Wir haben hier keine Tradition, die Vorstellungen, Ängste und Erwartungen der Patienten zu dokumentieren – auch wenn es vielleicht wertvolle Information ist. Aber Dokumentation ist ja nicht alles, manche Dinge, die ein Patient dem Arzt seines Vertrauens gesagt hat, können manchmal auch undokumentiert bleiben, wenn sie keine Bedeutung für die weitere Behandlung des Patienten haben.

Wichtig für den Arzt, der patientenzentriert arbeiten will, ist, die Gesprächsführung nicht der vorgeschriebenen Ordnung einer Dokumentationsvorlage anzupassen. Wird dem Patienten nicht Gelegenheit gegeben, selbst sein Problem zu schildern und soll er stereotyp Fragen einer Checkliste beantworten, wird er nichts oder nur wenig von solch einer Konsultation mitnehmen. Außerdem gibt ein Patient weniger präzise Antwort, wenn er den Sinn einer Frage nicht versteht. Zusätzlich wird die Möglichkeit der Patientenedukation außer Acht gelassen.

Arbeitet man patientenzentriert für eine Allianz mit seinem Patient und mit dem Ziel, ihn auch auszubilden, versucht man, den Patienten soweit als möglich einzubeziehen bei der Begründung für gerichtete Fragen. Ein einfaches Beispiel: „Wo wir nun über mögliche Ursachen für Ihren hohen Blutdruck reden – es ist bekannt, dass erbliche Faktoren hier eine Rolle

spielen können. Gibt es in Ihrer Verwandtschaft jemanden mit hohem Blutdruck?“

Gemeinsamer Teil

6. Einladung zu und Entwicklung eines Dialogs

Erklärung und Verhandlung

Wenn Du deine Befragung und die para-/klinischen Untersuchungen abgeschlossen hast, ist es Deine Aufgabe, dem Patienten eine zusammenfassende Erklärung zu geben, ausgehend vom Bericht des Patienten und seinen Vorstellungen, Ängsten und Erwartungen.

Sieh den Gemeinsamen Teil wie ein Bild vor Dir: Du legst den Patienten-Teil neben den Arzt-Teil und gemeinsam betrachtet ihr beide Teile.

Es hilft sowohl dem Patienten als auch dem Arzt, am Ende einer Konsultation zur ursprünglichen Besuchsursache zurückzukommen und die vorläufige ärztliche Beurteilung daneben zu stellen sowie diese Beurteilung so gut es geht zu begründen.

Der Arzt: „Sie haben nun 2 Wochen lang Husten gehabt und machen sich Sorgen, ob es sich um eine Lungenentzündung oder Asthma handeln könnte und Sie Antibiotika oder Asthma-Medikamente brauchen. Die Symptome, die für eine Lungenentzündung sprechen würden, nämlich Fieber, Schleimhusten und Luftnot, hatten Sie dabei nicht gehabt. Bei der Untersuchung waren Ihre Lunge und die Lungenfunktion in Ordnung. Das alles spricht gegen eine Lungenentzündung, wo Antibiotika eventuell nötig wären. Die Befunde sprechen auch gegen Asthma. Sie haben nachts am meisten Beschwerden vom Husten, das ist typisch bei Viruserkältungen, die trockene Luftwege reizen, speziell wenn man mit offenem Mund schläft, weil die Nasenschleimhäute angeschwollen sind. Was würden Sie von einer abschwellenden Medizin halten und Ratschlägen, wie Sie die Trockenheit lindern können? Und dass Sie sich telefonisch melden, sollte es Ihnen nicht in ein paar Tagen besser gehen?“

Oder: „Sie sagten, dass Sie plötzliche schmerzhafteste Stiche im Brustkorb spürten und Angst bekamen, es könnte sich dabei um eine Erkrankung der Herzkranzgefäße handeln, wie das bei Ihrer Mutter der Fall ist. Ihre Stiche dauerten einige Sekunden und waren abhängig davon, in welcher Körperstellung Sie saßen oder wie Sie die Arme bewegten. Bei einer KHK ist der Schmerz normaler Weise länger anhaltend und vor allem unabhängig von Bewegung. Ich habe auf Ihr Herz gehorcht, ein EKG schreiben lassen und Ihren Blutdruck kontrolliert sowie ihre Blutwerte analysiert. Alle Untersuchungsbefunde waren normal. Darüber hinaus habe ich Ihre Brustmuskulatur untersucht und diese war sehr empfindlich. Daher glaube ich, dass Ihre Brustschmerzen von den Muskeln kommen.“

Sie können die Schmerzen lindern, indem Sie die Muskeln so dehnen, wie ich es Ihnen zeigte.“ Gelingt es Ihnen, bei der Untersuchung die Schmerzen zu reproduzieren, so erhöht sich dadurch die Sicherheit und das Wissen des Patienten.

Die Erklärung nimmt ihren Ausgangspunkt in der Erklärung des Patienten, die mit der Beurteilung des Arztes im Arzt-Teil verglichen wird. Das ist der Inhalt der Erklärung des Arztes.

Hierbei wird oft auch deutlich, ob der Patient noch ungeklärte Fragen hat. Was denkt der Patient zu dem, was der Arzt gesagt hat? Man kann z.B. sagen: „Das ist meine Ansicht der Dinge. Haben Sie dazu weitere Fragen? Was nehmen Sie von dem heutigen Besuch mit?“

Man kann auch den Patienten bitten, das Essentielle der Konsultation zusammenzufassen. Dabei ergibt sich für den Patienten die Möglichkeit, weitere Fragen zu stellen:

„Ja, ich verstehe nun, dass diese Augenentzündung nicht die Sehfähigkeit meiner Tochter beeinflusst und es eine Viruserkrankung ist, die von alleine ausheilt. – Aber ist diese Augenentzündung ansteckend? Und was ist eigentlich für die Sehfähigkeit von Kindern gefährlich? Meine Mutter glaubt, es ist schlecht für die Augen, im Dunkeln zu lesen, stimmt das?“

Sollten Arzt und Patient verschiedene Meinungen haben, braucht es eine Verhandlung.

Verhandlung

Die Autonomie von Arzt und Patient sind die Grundlage des Gemeinsamen Teils. Der Patient bittet um eine Konsultation und „fragt um Rat“ – darf aber selbst entscheiden, ob er dem Rat folgt.

Gemäß des patientenzentrierten Denkens sollen dem Patienten „die besten Voraussetzungen an die Hand gegeben werden, um selbst über Gesundheit und Krankheit entscheiden zu können“.

Der Arzt hat seine Autonomie und seine Begrenzungen innerhalb seines professionellen Rahmens, u.a. Medikamente, Gesetze, Zeit, Finanzen etc.

Das Ziel des Gemeinsamen Teiles ist, sich einig zu werden, was mit dem Gesundheitsproblem gemacht werden soll. Man kann es auch so sehen, dass man versucht, eine **Allianz mit dem Patienten gegen die Krankheit** oder das Gesundheitsproblem zu errichten.

Wenn Deine Auffassung der Symptome mit der des Patienten übereinstimmt und Einigkeit herrscht über die Behandlung, z.B. Antibiotika bei Tonsillitis oder Expektorantien bei Husten, kann die Konsultation schnell abgeschlossen werden und der Patient wird dem Behandlungsvorschlag wahrscheinlich folgen.

Wenn aber der Arzt und der Patient nicht zu einem gemeinsamen Plan, Beschluss oder weiteren Procedere kommen können, bedarf es einer Verhandlung. Danach können Arzt und Patient erneut gemeinsam auf das Problem schauen.

Was sind die Vorstellungen, Erwartungen und Ängste des Patienten, was die Vorstellungen, Erwartungen und Ängste des Arztes? Hierbei kann es für Arzt und Patient von Nutzen sein, Fakten und Bewertungen zu trennen.

Ein häufiges Beispiel: ein Patient möchte ein Rezept für Beruhigungs- oder Schlafmittel und der Arzt hält es für überflüssig oder vergisst, den Patienten darüber zu informieren, dass er ein solches Rezept deshalb nicht sofort ausstellt, weil er sich Sorgen über den Patienten, die möglichen Nebenwirkungen und langfristigen Schäden macht.

Ebenso kann ein vorerst abgeschlagener Wunsch nach Antibiotika sich ändern – die Angst des Patienten, so wie früher schon einmal, bei der geplanten Reise ins Ausland eine Lungenentzündung zu bekommen, kann zu einem gemeinsamen Entschluss führen, ein Reserverezept auszustellen, nachdem der Arzt darüber informiert hat, dass im Moment alles für eine Virus-bedingte Erkältung spricht und abgegrenzt hat, welche Symptome für eine bakterielle, antibiotika-rechtfertigende Infektion sprechen würden.

Ein Patient mit ständig wiederkehrenden vagen körperlichen Symptomen, die er jedes Mal mit Gedanken an ernsthafte Erkrankungen verknüpft und deshalb extensiv untersucht werden will, kann es nach einer gründlichen Zusammenstellung schaffen, dem Arzt zu zuhören und die Erwartung des Arztes, ihm mit dieser plagenden Angst zu helfen, akzeptieren - dadurch, dass die Perspektive geändert wird weg vom Symptom und hin zu den vielen möglichen Gesichtern der Angst.

Jeder Referenzrahmen braucht seine eigene Sprache – beispielsweise ein psychologischer Referenzrahmen eine Sprache, die auf Gefühle fokussiert, wo körperliche Reaktionen und Symptome ein Ausdruck der Gefühle des Patienten sind (29).

Manchmal kann das Ziel sein, einen kreativen Kompromiss zu finden, wo das Verhältnis zum Patienten wichtiger ist als dass der Arzt „Recht bekommt“. Ein sehr unruhiger Patient, der viele Untersuchungen fordert, einen neuen Termin möchte und medizinisch ausbehandelt ist, kann sich sehr erleichtert fühlen, wenn der Arzt gleich 3 neue Termine in 2-wöchigem Abstand vereinbart. Manchmal kann der Arzt die beste Medizin sein (7).

In unkomplizierten Fällen ist eine Behandlungsvereinbarung ganz selbstverständlich: Tonsillitis, Fußwarzen, eine blutende Wunde, ein gebrochener Knochen.

Es gibt Symptome, die wir als so alarmierend verstehen, dass eine Verhandlung fast nicht denkbar ist, z.B. Verdacht auf Herzinfarkt,

Appendizitis, rupturierte extrauterine Schwangerschaft usw. Hier gilt sofortige Handlung.

In anderen Fällen wird die Verhandlung zum Dreh- und Angelpunkt der Konsultation.

Aber wenn es einem in einer gewöhnlichen Konsultation nicht gelingt, zu einer gemeinsamer Auffassung zu kommen, sollte man sich überlegen, ob man verlangen will, dass die eigene Auffassung dessen, was notwendig ist, durchgesetzt werden soll. Die Aufgabe des Arztes ist nur, dem Patienten die bestmögliche Entscheidungsgrundlage zu geben – aber danach wählt der Patient selbst, unabhängig davon, welche Wahl der Arzt getroffen hätte. Der Patient hat auf jeden Fall das Recht, eine Behandlung anzunehmen oder abzulehnen – der Arzt ist Beratender.

Im Gespräch mit Patienten, die eine chronische oder ernsthafte Erkrankung haben, sind wiederholte und vertiefende Konsultationen eine wichtige Möglichkeit für den Patienten, seine schweren Symptomen und die Angst um sein Leben ertragen zu können (12).

WIE:

Werkzeuge: den Patienten-Teil gut ausleuchten und seinen eigenen, den Arzt-Teil, gut erklären. Die Autonomie des Patienten und des Arztes respektieren und die Grenzen des Gesundheitssystems akzeptieren. Der Arzt ist Ratgeber und selbst professionellen und finanziellen Grenzen unterworfen.

Manchmal muss das nochmals besonders verdeutlicht werden:

„Sie leiden unter Schlafstörungen und das besonders jetzt, wo Sie zu viel Alkohol konsumiert haben. Sie möchten gerne Schlaftabletten verschrieben bekommen, weil Sie Angst haben, dass Sie sonst Ihre Arbeit nicht schaffen. Ich beurteile die Lage so, dass Ihr Schlafzentrum vom Alkohol gestört wurde und dass Schlafmittel Ihren Schlaf auf Dauer noch verschlechtern würden. Ich habe die Befürchtung, dass Sie von den Schlafmitteln, die Sie sich wünschen, abhängig werden und dass diese Ihr Verlangen nach Alkohol, mit dem Sie kämpfen, noch verstärken. Daher will ich Ihnen keine Schlafmittel verschreiben, sondern habe andere Vorschläge.“

Erfahrungen aus dem Konsultationslabor:

„*Ich will doch, dass der Patient zufrieden ist, wenn er aus der Tür geht.*“
Viele Kollegen ertragen es schwer, wenn Sie das Gefühl haben, dass der Patient am Ende der Konsultation nicht zufrieden ist: „Wenn ich nun aufgreife, was der Patient haben möchte, z.B. Antibiotika oder Schlaftabletten und dann gründlich erkläre, warum ich sie nicht verschreibe und der Patient dann trotzdem unzufrieden erscheint – was mache ich dann?“ „Und was mache ich, wenn der Patient wieder zu

argumentieren anfängt, obwohl ich alles gemacht habe, wie man es machen soll?“

Hier lohnt es sich meistens, nach anderen Ängsten oder Wünschen zu forschen, die noch nicht auf den Tisch gekommen sind. Am besten versucht man nochmals, die Vorstellungen, Ängste und Erwartungen des Patient zu „melken“ (31). Fühlt man sich in Bedrängnis gebracht, hat man sich meist vom Patienten anstecken lassen. Der Patient fühlt sich vielleicht in Bedrängnis, weil er nicht deutlich genug erklären konnte, was sein eigentliches Bedürfnis war oder weil er die Antwort nicht verstanden hatte. Fasse zusammen! Bestätige! Vertiefe!

Die Konsultation ist ein Treffpunkt für viele gegensätzliche Interessen (Wunsch des Patienten, Medizinisches, Finanzielles, Gesetzliches usw.), wo es manchmal nicht möglich ist, alle zufrieden zu stellen. Versuche, in der Verhandlung Sache und Person auseinander zu halten. Aber wenn Du dein Bestes getan hast und den Verlauf des Konsultationsprozesses klar vor Dir hast, ist letzten Endes Deine **professionelle Autonomie und das Gefühl, mit der von Dir ausgeführten Arbeit zufrieden zu sein, am Wichtigsten.**

Und man sollte nicht vergessen, dass ein Patient in einer Krise, mit Abhängigkeitsproblematik oder Prädemenz sich selbst und seine Bedürfnisse nicht richtig versteht und sie auch der Umgebung nicht klarmachen kann.

7. Verhindern/Unterstützen – bei Änderungen des Lebensstils und/oder Medikamentenverschreibung

Aufgabe: Herausfinden, wie der Patient das in der Konsultation Besprochene in den Alltag umzusetzen gedenkt

Von der Konsultation in den Alltag des Patienten:

Jetzt ist wieder der Patient an der Reihe. Wie glaubt er, das Resultat der Konsultation in seinen Alltag integrieren zu können? Was kann ihm helfen, bestimmte Verhaltensweisen zu vermeiden und was ihn unterstützen, anderen zu folgen, z.B. Medikamente gemäß Verschreibung einzunehmen, Behandlungsratschläge umzusetzen, Krankengymnastik durchzuführen etc.

Besonders bei Ratschlägen zum Lebensstil ist es wichtig, einen kreativen Dialog mit dem Patienten zu führen, wie das Besprochene umgesetzt werden kann im Alltag des Patienten. Ratschläge zum Lebensstil bedeuten ja immer eine Änderung dieses Alltags. Nur Wissen allein reicht aber selten, eine Änderung zu bewirken (12).

In der Regel sollte man Vor- und Nachteile eventueller Änderungen diskutieren und überlegen, was für ein praktisches Umsetzen förderlich bzw. hinderlich wäre. Hierbei geben selbstmotivierende Aussagen die Grundlage für die besten Resultate. Über motivierende Gesprächsführung (MI = motivational interview) gibt es viel weiterführende Literatur (32).

Viele Patienten haben eine Tendenz, allzu optimistisch und positiv an Vereinbarungen oder gegebene Ratschläge heranzugehen. In diesen Fällen lohnt es sich, die Position als „Anwalt des Teufels“ einzunehmen und zusammen mit dem Patienten zu untersuchen, was die Umsetzung der guten Vorsätze verhindert. Vielleicht hat der Patient jetzt am Monatsende nicht mehr genug Geld, die verschriebene Medizin zu kaufen, der Partner weigert sich, bei Änderungen des Speiseplanes mitzumachen oder ebenfalls mit dem Rauchen aufzuhören, der Patient fühlt sich vielleicht zu dick, um schwimmen zu gehen usw.

Abschließend sollte man immer aufgreifen, was die gewünschten Änderungen unterstützen könnte – dabei haben die vom Patienten selbst formulierten Aussagen den besten Effekt – unsere guten Ratschläge dagegen leider eine recht geringe Folgsamkeit!

Ein gemeinsames Diskutieren dieser eine Änderung fördernden Faktoren kann vielleicht reichen, genügend Energie und Kreativität im Patienten zu mobilisieren, um von Einsicht zu Handlung zu kommen.

8. Follow-up

Die Konsultation ist ein Seiltanz – deshalb brauchen wir ein Sicherheitsnetz (20).

Viele Symptome und Probleme verbessern oder ändern sich mit der Zeit. Wenn Du im Arzt-Teil das Ernsthaft-Akute ausgeschlossen hast, kann die Zeit dein Freund sein – das sogenannte „aktive Abwarten“ ist auch Teil eines „Sicherheitsnetzes“.

Du brauchst nicht in *einer* Konsultation alles erreichen oder alles ausschließen. Man kann das Leben für sich selbst und den Patienten einfacher und sicherer machen, indem man ihn wieder einbestellt und den Verlauf verfolgt. Was dabei als Sicherheitsnetz fungiert, kann man herausfinden, indem man sich folgende Fragen stellt (20):

- Was denke ich zu dem, was wir besprochen haben?
- Was habe ich für Erwartungen, was soll passieren?
- Wie verteidige ich vor mir, dass es nicht so läuft wie erwartet?
- Wie kann ich erfahren, ob meine Beurteilung falsch war?
- Was kann ich in so einem Fall tun?

Ein Sicherheitsnetz kann darin bestehen, den Patienten zu instruieren, was er tun soll, wenn es nicht so läuft, wie erwartet, z.B. innerhalb eines angemessenen Zeitraumes anzurufen, wenn das Penicillin nicht geholfen hat. Man kann das Sicherheitsnetz verstärken, indem man z.B. selbst den Patienten anruft, besonders, wenn es für Patienten nicht so leicht ist, telefonisch direkt zum Arzt durchzukommen.

Eine Wiedereinbestellung zum Follow-up funktioniert auch als Sicherheitsnetz (20), verteilt die Verantwortung und gibt dem Patienten Sicherheit – er kann den Arzt leichter wieder erreichen, es gibt die Möglichkeit, eine Beurteilung erneut zu überprüfen und gibt daher auch dem Arzt Sicherheit.

9. Verabschiedung

Zeit zur Reflektion mit dem Patienten

Habt ihr, der Patient und Du, an alles gedacht?

Danach kannst Du die Konsultation deutlich und respektvoll beenden, gute Besserung wünschen, den Patienten zur Tür begleiten usw.

Zeit zur Reflektion mit Dir selbst: sog. Housekeeping

Während der Konsultation ist man damit beschäftigt, den Bedürfnissen des Patienten gerecht zu werden. Wenn der Patient gegangen ist, hast Du die Möglichkeit, über die Konsultation nachzudenken und nachzufühlen (20):

- Wie geht es mir nach dieser Konsultation? Lief alles so, wie ich es mir vorgestellt habe?
- Welche Gefühle habe ich jetzt? Welche sind meine, welche kommen vom Patienten?
- Habe ich irgendwelche speziellen Bedürfnisse?
- Bin ich bereit für den nächsten Patient?

Wenn Du nicht für den nächsten Patienten bereit bist, riskierst Du, die Einleitung der nächsten Konsultation zu verpassen. Da der Patient oft alles Wesentliche in den ersten Sätzen sagt, ist das Risiko hoch, dass diese Konsultation schief läuft, wenn Du diesen Anfang nicht richtig mitkriegst. So kann man in einen Teufelskreis kommen.

Ein wichtiges Ziel mit dieser Reflektion ist, mehr aufmerksam zu werden auf die Gefühle, die Patienten in uns wecken. Kommen sie vom Patienten oder Dir selbst? Das kann z.B. mit Hilfe von Video-Aufnahmen systematisch untersucht werden.

Der Konsultationsprozess in 3 Teilen und 9 Phasen

A) Patienten-Teil

1. **Vorher** – vor der Konsultation: Gedanken, Gefühle, Vorbereitungen, Handlungen
2. **Verhältnis** (Relation) – „Guten Tag!“ Den Patienten erzählen lassen, zeigen, dass man zuhört, Glauben schenkt, helfen will
3. **Vorstellungen, Ängste, Erwartungen**
4. **Verständnis** – Zusammenfassung, was der Patient erzählt hat

B) Arzt-Teil

5. **Vertiefung – Erklärung:** Vertiefung der Anamnese, klinische Untersuchung und Erklärung der Befunde (Zusammenfassung)

C) Gemeinsamer Teil

6. **Verhandlung** – wie lösen wir das Problem?
7. **Verhindern / Fördern** – wie geht es zu verwirklichen?
8. **Follow-up** – läuft es wie erwartet?
9. **Verabschiedung** – OK? Housekeeping

Die wissenschaftlichen Grundlagen für den Konsultationsprozess

Wir haben unser Modell „Konsultationsprozess“ genannt, weil er die Konsultation als chronologischen Prozess aus 9 Phasen, aufgeteilt in 3 Teile, beschreibt. Viele Elemente des Konsultationsprozesses sind von Lassen wissenschaftlich ausgewertet hinsichtlich der Compliance – er untersuchte 30 von Jan-Helge Larsens Konsultationen mit der Fragestellung, welche Konsultationselemente typisch waren für Konsultationen, wo die Patienten den Ratschlägen folgten (12). Es wurden 6 Elemente deutlich (siehe unten (8)), die wiederum getestet wurden auf die Vorhersagbarkeit der Compliance in 69 Konsultationen von 5 Ärzten. Dies war in 72% ($p < 0,002$) der Fall (12).

P-R-A-C-T-I-C-A-L – die Entwicklung des Konsultationsprozesses

PRACTICAL (9 steps)	Byrne & Long (6 steps)	Pendleton & al. (7 tasks)	Neighbour (5 Check- points)	Lassen (6 Dimensions)
P rior to consulta- tion Feelings, thoughts and actions	-	-	-	-
R elationship 'Permission'	1) Relationship	7) Relationship	1) Connect	-
A nxieties Ideas, concerns and expectations Cognitive- /affective	2) Reason for attendance	1) Reason for attendance, including ideas, concerns and expectations	1) Connect	1) Expectations 2) Ideas
C ommon Language Summarize, Check of Health Belief	-	2) Other pro- blems 3) With the patient to choose action	2) Summarize	-
T ranslating Verbal/ physical examination Handover	3) Verbal or physical exa- mination	4) Shared un- derstanding	3) Handover	-
I nteraction Common under- standing Change of frame of reference Doctors or pati- ent's choice	4) Doctor and patient consi- der the condi- tion and 5) detail treat- ment or - further invest- igation	4) Shared un- derstanding 5) Responsibility	3) Handover	3) Information about the con- tents of the advi- ce, 4) the effect and relevance and 5) the patient's assessment of the advice given
C onverting in- sight into action Impede/promote	-	-	-	6) Obstacles to compliance with the advice
A greement check Safetynetting Prolonging	-	6) To use time and ressources appropriately	4) Safetynet	-
L et's try it! OK? How do I feel now?	6) The consul- tation is terminated	-	5) House keeping	-

Larsen J-H, Risør O. Konsultationsprocessen i almen praksis. Månedsskr Prakt Lægegern 1994; 72: 319-330.

Larsen J-H, Risør O, Putnam S. P-R-A-C-T-I-C-A-L: a step-by-step model for conducting the consultation in general practice. Fam Pract 1997;14: 295-301.

Byrne PS, Long BEL. Doctors Talking to Patients. A Study of the Verbal Behaviour of General Practitioners Consulting in their Sugeries. London: Her Majesty's Stationery Office, 1976.

Pendleton D, Schofield T, Tateand Tate P, Havelock P: The Consultation. Oxford: Oxford University Press, 1984.

Neighbour R. The Inner Consultation. London: MTP Press Ltd., 1987.

Lassen LC. Connections Between the Quality of Consultations and Patient Compliance in General Practice. Fam Pract 1991; 8: 154-160.

Literaturangaben

1. Larsen J-H, Risør O. Konsultationsprocessen i almen praksis. *Månedsskr Prakt lægegern* 1994; 72: 319- 30.
2. Larsen, J-H, Risør O, Putnam S. PRACTICAL: A Step-by-Step Model for Conducting the Consultation in General Practice. *Family Practice* 1997, 14: 295-301.
3. Larsen J-H, Risør O: Konsultationen. Kapitel i lærebog i Almen medicin redigeret af Bentzen, N, Hollnagel H, Lauritzen T. København: Fadl's forlag, 1997
4. Champion P, Foulkes J, Neighbour R, Tate P: Patient centredness in the MRCGP video examination: analysis of large cohort. *BMJ* 2002;325:691.
5. Frankel R, Beckman H, Evaluating the patient's primary problem(s). I: Stewart M, Roter D, eds. *Communicating with medical patients*. London: Sage, 1989.
6. Mishler EG. *The discourse of medicine: dialectics of medical interviews*. N.J.: Norwood, 1984.
7. Balint M: *The Doctor, his Patient & the Illness*. London: Pitman, 1957.
8. Kurtz S, Silverman J, Draper J. *Teaching and learning communication skills in medicine*. Oxon: Radcliffe, 2005.
9. Silverman J, Kurtz S, Draper J. *Skills for communication with patients*. Oxon: Radcliffe, 2008.
10. Stewart M, Brown JB, Donner A, McWhinney I, Oates J, Weston WW, Jordan J. The impact of patient-centered care on outcomes. *J Fam Pract* 2000;49:796-804.
11. Beckman HB, Markakis KM, Suchman AL, Frankel RM: The doctor-patient relationship and malpractice. Lessons from plaintiff depositions. *Arch Intern Med* 1994; 154(12): 1365-70.
12. Lassen LC. *Compliance i almen praksis*. København: Institut for almen medicin, 1989.
13. Pendleton D, Schofield T, Tate P, Havelock P: *The New Consultation – developing doctor-patient communication*. Oxford: Oxford University Press, 2003.
14. Hälso- och sjukvårdslag.
www.riksdagen.se/webbnav/index.aspx?nid=3911&bet=1982:763
15. Hedberg, C: PRISMA.
<http://www.sfam.se/media/documents/pdf/prismasfam090105.pdf>
16. Kaplan SH, Greenfield S, Ware JE Jr. Assessing the effect of physicians-patient interactions on the outcome of chronic diseases. *Med Care* 1989; 27: 110-127.
17. Larsen J-H, Nystrup J, Risør O: Konsultationsproces-laboratoriet – træning i klinisk samtale. *Allmänmed*, 1999: 20: 24-27.
18. Wiingren M, Haffling A-C, Beckman A, Håkansson A. Utbildning av handledare fördjupar undervisningen i samtalsmetodik. *Läkartidningen* 2007; 104: 1230-3.
19. Hellman CG. Disease versus illness in general practice. *J R Coll Gen Pract* 1981; 31: 548-52.

20. Neighbour R. The Inner Consultation. London: MTP Press Ltd., 1987.
21. Kierkegaard, S. Synspunktet for min forfattervirksomhed. København: Reitzel, 1859.
22. Tuckett D, Boulton M, Olson C, Williams A. Meetings between Experts. London: Tavistock, 1985.
23. Ruussuvuori J : Looking means listening: coordinating displays of engagement in doctor-patient interaction. Soc Sci Med. 2001 Apr;52(7):1093-108.
24. Blau JN. Br Med J 1989; 298: 39.
25. Langewitz WA, Eich P, Kiss A, Ruttiman S, Wössmer B. Spontaneous talk time at start of consultation in outpatient clinic cohorts. BMJ 2002; 325: 682-3.
26. Sackett DL, Haynes RB, Tugwell P. Clinical epidemiology. Boston: Little, Brown and Company, 1985.
27. Rudebeck CE. Medicinens mänskliga språk. Läkartidn 1998; 95: 4500-7.
28. Malterud K. Allmenpraktikerens möte med kvinnelige pasienter. Tano, Bergen 1990.
29. Larsen J-H. The Consultation as a Mutual Proces of Recognition. European General Practice Research Workshop (EGPRW), 24th - 27th May 1990, Budapest.
30. Fisher R, Ury W: Få "Ja" når du forhandler. København, Borgen, 1987.
31. McKinley RK, Middleton JF: What do patients want from doctors? Content analysis of written patient agendas for the consultation. Br J Gen Pract. 1999 Oct;49(447):796-800.
32. Miller WR, Rollnick S. Motivations samtalen. København: Reitzel, 2002.