

Kommunikationstraining für Professionelle: Wo stehen wir jetzt und wie geht es weiter?

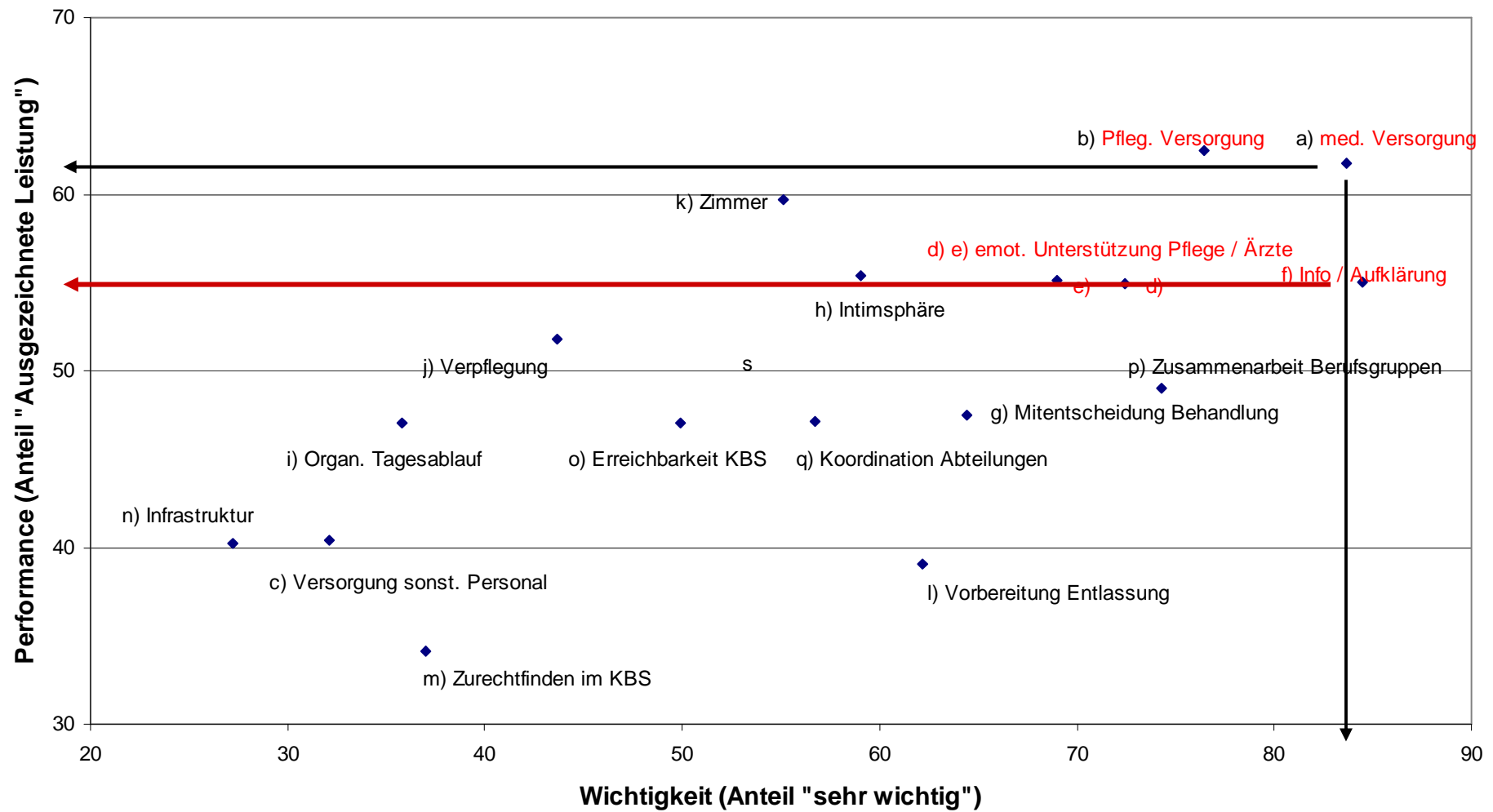
Wolf Langewitz

Psychosomatik/Innere Medizin

Universitätsspital Basel

Zur Illustration der Wichtigkeit von Kommunikation und Aufklärung im Gesamt- Kontext - Daten aus Basel

- 1.619 Patientinnen und Patienten beantworteten neben dem typischen Fragebogen zu Defiziten in der stationären Versorgung Fragen, in denen sie angeben:
 - Wie *wichtig* war für Sie (sehr wichtig bis unwichtig)
 - Wie beurteilen Sie die Leistung (ausgezeichnet bis schlecht) in



Bewertung (Performance) und Wichtigkeit (Importance) von 17 Dimensionen der Spitalqualität. USB 2004, N=1619

Starting point: wie ist das Thema der professionellen Kommunikation in die Welt gekommen?

Wie ich das sehe....

- Das Ganze hat begonnen mit einem sicheren Gefühl von Unrecht, das man Patienten antut und einer vagen Hoffnung, dass wir das verändern könnten.
 - Wir: die ehemaligen 68er, die sich gegen Autoritäten aller Arten aufgelehnt haben.
 - Dabei hat es auch die Professoren und die Ärzte erwischt.
 - ...als Repräsentanten der herrschenden Klasse oder der Privilegierten

Psychiatrie-Reform in Italien: "La liberta e terapeutica"

Franco Basaglia
(1924-1980)

KAPITALISMUS
und IRRENHAUS
nur der VOLKSKRIEG
löscht sie beide
aus

«Es gab einen Marx-Arbeitskreis, einen Hegel-Arbeitskreis, einen zur Antipsychiatrie und einen zur Neuen linken Gesellschaftsanalyse. Ich schrieb mich sofort für Einzelgespräche ein, die im SPK „Einzelagitation“ hießen.« #

#Margrit Schiller (*1948) in Radio Q, 2011

... und die Österreicher (AAO)



Das vage Unbehagen führte politisch
zu Radikalisierung und kaum zu
trennender Vermischung von
politischen Auseinandersetzungen und
Engagement für die Anliegen der
Patientinnen und Patienten
– ein wenig geordnetes
Nebeneinander von Konzepten und
Handlungsketten

Vom Haarschopf zum Zopf



Vom Haarschopf zum Zopf 2



Vom Haarschopf zum Zopf 3



Vom Haarschopf zum Zopf 4



Da stehen wir ungefähr jetzt

- Die einzelnen Stränge, aus denen man den Zopf einer gelungenen Kommunikation flechten könnte, sind bekannt.
- Sie haben die Vielfalt des Schopfes in die Ordnung des Zopfes überführt.
- Dabei sind ein paar Elemente verloren gegangen – Kunststück, Ordnung ist Reduktion der Vielfalt!

Zu den Ordnungsprinzipien der Zopfstränge 1 oder auch: Wie werden die Lernziele definiert?

- Was *gefällt* Patienten [patient satisfaction]
- Was *hilft* Patienten
 - Ihre Beschwerden ‘vollständig’ einzubringen
 - Informationen ‘vollständig’ zu verstehen
 - Sich aufgehoben und verstanden zu fühlen
 - Bessere Gesundheit zu erreichen
 - In der Akutsituation, z.B. Operation
 - Bei chronischen Krankheiten, z.B. Diabetes

Zu den Ordnungsprinzipien der Zopfstränge 2 oder auch: Wie werden die Lernziele definiert?

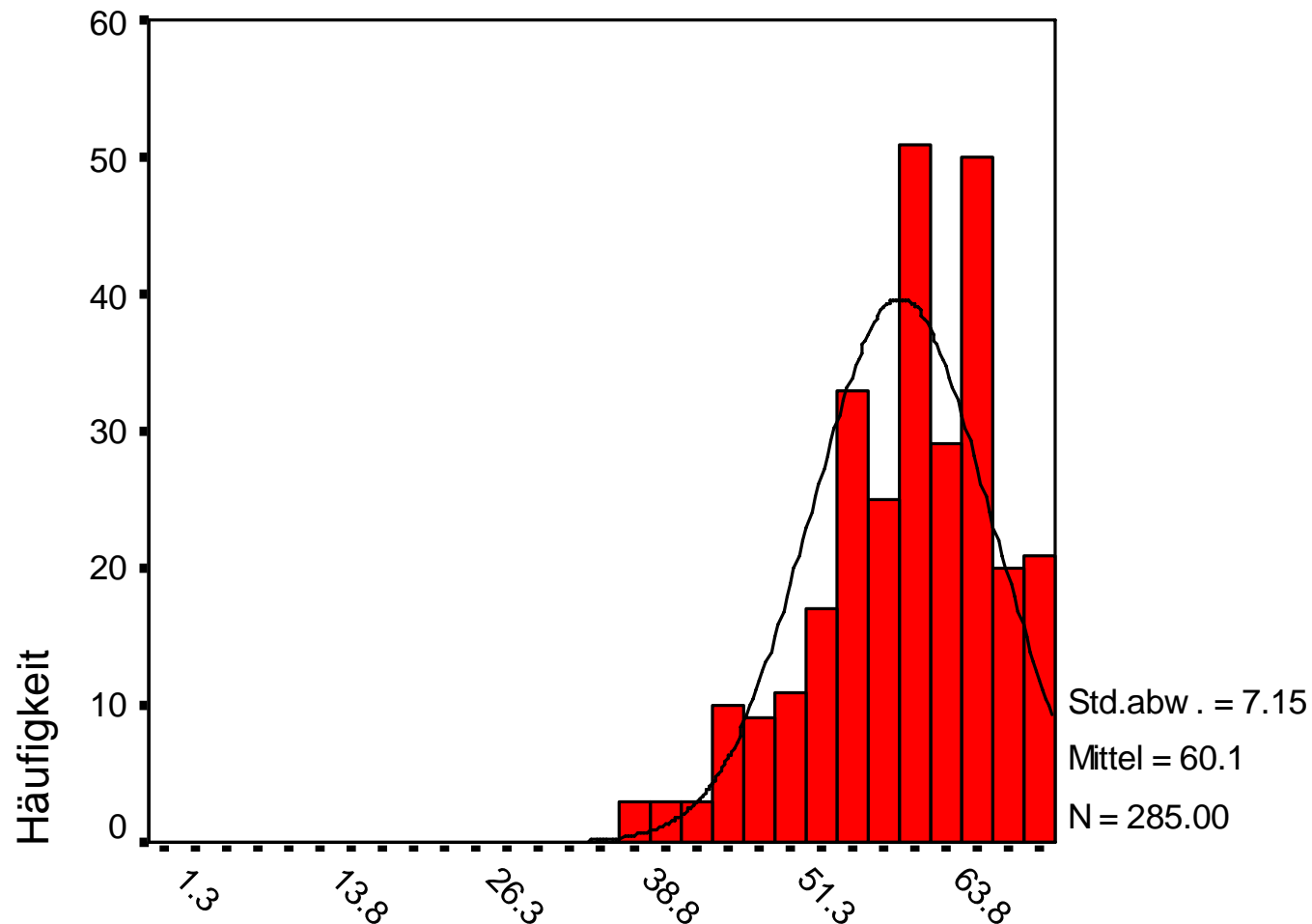
- Was *gefällt* Ärzten [physician satisfaction oder eher: non-stress]
- Was *hilft* Ärzten
 - Beschwerden ‘vollständig’ einzusammeln
 - Informationen verständlich zu formulieren
 - Sich vor Beschwerden zu schützen
 - Sich unter Kollegen und mit anderen Berufsgruppen besser zu verständigen

Zu den Ordnungsprinzipien der Zopfstränge 1 oder auch: Wie werden die Lernziele definiert?

- *Was gefällt Patienten* [patient satisfaction]
- *Was hilft Patienten*
 - Ihre Beschwerden ‘vollständig’ einzubringen
 - Informationen ‘vollständig’ zu verstehen
 - Sich aufgehoben und verstanden zu fühlen
 - Bessere Gesundheit zu erreichen
 - In der Akutsituation, z.B. Operation
 - Bei chronischen Krankheiten, z.B. Diabetes

Eine schwer zu beantwortende Frage, denn
Patienten sind notorisch begeistert

Patienten-Zufriedenheit in der MUP



Wenn man nicht schlicht nach Zufriedenheit fragt, kommt mehr heraus

- Man kann Videos zeigen und bewerten lassen, wie es Patienten bei Version A versus Version B geht
- Man kann in Fokusgruppen diskutieren lassen, welches Arzt-Verhalten ihnen wichtig ist
- Man kann eine Liste von Arzt-Verhaltensweisen vorgeben und in Interviews herausfinden, welche PatientInnen besonders wichtig sind.

Measuring consultation skills in primary care in England: evaluation and development of content of the MAAS scale

J Robinson, Tom Walley, M Pearson, D Taylor and Stuart Barton

Patienten und Hausärzte werden in einem halbstandardisierten Gespräch gefragt, was aus ihrer Sicht eine erfolgreiche Konsultation ausmacht.

Sie wählen dabei aus der Liste von Verhaltensweisen aus, die MAAS vorgibt.

Die Ergebnisse werden in Fokusgruppen (Hausärzte und Menschen aus der Bevölkerung) validiert.

MAAS-Items, die nur von Patienten ausgewählt werden

Arzt exploriert Gründe für Konsultation

Fragt den Patienten, warum er sein Problem ausgerechnet JETZT präsentiert

Anamnese

Exploriert die Intensität der Beschwerden

Exploriert, welche Vorteile ein Symptom bringt

Exploriert, in wieweit ein Symptom Einbussen in der Freizeit bringt

Fragt nach Krankheiten und psychischen Problemen in der Vergangenheit

Strukturiert das Gespräch

Bietet eine Agenda für das Gespräch an

Schliesst die Anamnese mit einer Einordnung der wichtigsten Ergebnisse ab

Schliesst erst die Exploration der Konsultationsgründe mit einer Zusammenfassung ab, bevor er Lösungen anbietet

Schaut den Patienten während des Gespräches an

Erste Gruppe von Lernzielen: Struktur!!

- Wie lässt sich das vermitteln?
 - Am Beispiel der Visiten-Kommunikation über das Klären der Agenda
 - Am Beispiel Vermitteln von Informationen über die Buch-Metapher
 - Am Beispiel Erst-Gespräch über das explizite Benennen von Zeitgrenzen und Aufgabe des Gespräches

Praktische Umsetzung

- Teil des Kommunikations-Trainings in der Inneren Medizin sind die begleiteten Visiten:
 - MitarbeiterInnen der Psychosomatik gehen mit Inter-nistischen Assistenzärztinnen auf die Stationsvisite oder in die Poliklinik
 - Auf den Stationen wird der Visiten-Standard zu Grunde gelegt (Weber & Langewitz, PPmP 2011)
 - VOR DEM ZIMMER wird geklärt, was wir mit der Patientin besprechen wollen
 - IM ZIMMER beginnt die Visite mit dem Klären der Agenda – dabei braucht es STRUKTUR

Ein Beispiel aus der Praxis 1

- Assistentin und Supervisor einigen sich nach dem ersten Zimmer auf ein Ziel: Agenda klären!
 - Pat. *1947, minder-intelligent mit Beistand; DM II, Ulcus Cruris, Hochdruck, Niereninsuffizienz, Komb. Aortenvitium, LH-Insuffizienz. Grumpy old man.
 - VOR DEM ZIMMER: Nur ein Thema heute: die angiologische Fusspflege kommt heute Nachmittag! Vorwissen: Patient nutzt die Visite, um sich zu beschweren (Essen, Schlafen, «Wann kann ich heim? Das bringt ja nix...»), dauert >10 Minuten.
 - IM ZIMMER: Assistentin begrüsst Patienten, sagt dann:
 - «Herr St. Ich habe heute nur EIN Thema, das ich mit Ihnen besprechen möchte.» PAUSE, warten, bis er sie anschaut. «Die offene Stelle am Fuss!» PAUSE, Patient wartet ab. «Heute Nachmittag kommt jemand von den Venen-Spezialisten und schaut nach Ihrer Wunde.» PAUSE. «Mehr gibt's von meiner Seite nicht. Haben Sie noch etwas auf dem Herzen?»

Zu den Ordnungsprinzipien der Zopfstränge 1

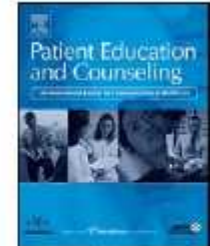
- Was *gefällt* Patienten [patient satisfaction]
- Was *hilft* Patienten
 - Ihre Beschwerden 'vollständig' einzubringen
 - Informationen 'vollständig' zu verstehen
 - Sich aufgehoben und verstanden zu fühlen
 - Bessere Gesundheit zu erreichen
 - In der Akutsituation, z.B. Operation
 - Bei chronischen Krankheiten, z.B. Diabetes



Contents lists available at ScienceDirect

Patient Education and Counseling

journal homepage: www.elsevier.com/locate/pateducou



From patient talk to physician notes—Comparing the content of medical interviews with medical records in a sample of outpatients in Internal Medicine

Wolf A. Langewitz^{a,*}, Yael Loeb^a, Matthias Nübling^b, Sabina Hunziker^c

Patient-centred communication (Waiting, Echoing, Mirroring, Summarising) in the videos significantly correlated with the sum of patient information ($r = .64$; $p = .003$).

Zweite Gruppe von Lernzielen: Patienten- zentrierte Kommunikation via WWSZ

- Wie lässt sich das vermitteln?
 - Im Rollenspiel mit Übungen, in denen ‘der Patient’ sich z.B. ein Erklärungs-Konzept für Hochdruck überlegt und ‘die Ärztin’ so kommunizieren muss, dass ‘der Patient’ sein Konzept auf den Tisch legt
 - Warten, Wiederholen, Spiegeln, Zusammenfassen, also: DEN BALL ZURÜCKSPIELEN ZUM PATIENTEN, OHNE SELBER NEUES MATERIAL EINZUFÜHREN
 - Im Gespräch mit ärztlichen Rollenmodellen im 1. Jahr:
 - Was kann ich konkret fragen?
 - Was kann ich nur durch kluges Zuhören in Erfahrung bringen?

Zu den Ordnungsprinzipien der Zopfstränge 1

- Was *gefällt* Patienten [patient satisfaction]
- Was *hilft* Patienten
 - Ihre Beschwerden ‘vollständig’ einzubringen
 - Informationen ‘vollständig’ zu verstehen
 - Sich aufgehoben und verstanden zu fühlen
 - Bessere Gesundheit zu erreichen
 - In der Akutsituation, z.B. Operation
 - Bei chronischen Krankheiten, z.B. Diabetes

Übergabe an die Fachperson als
Lernziel: so kommunizieren, dass der
Patient es versteht

Misleading communication of risk

Editors should enforce transparent reporting in abstracts

- 1996 wurde in einem Review zum Mammographie-Screening im Abstract behauptet, dass es zu einer Reduktion der Mortalität an Brustkrebs um 24% käme.
- Diese Zahl taucht fortan in den einschlägigen Broschüren, Sendungen etc. wieder auf: 20% (oder 25%) Benefit!
- Absolut gesehen ist die Zahl betroffener Frauen von 5/1000 auf 4/1000 gesunken!
- In einer repräsentativen Befragung von Frauen in 9 europäischen Ländern überschätzen Frauen den Nutzen des Mammographie-Screenings um das 10- oder 100-fache
- Z.B. glauben 27% der Frauen in GB, dass das Screening von 1000 Frauen dazu führt, dass 200 weniger am Brustkrebs sterben.

Zu den Ordnungsprinzipien der Zopfstränge 1

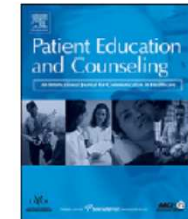
- Was *gefällt* Patienten [patient satisfaction]
- Was *hilft* Patienten
 - Ihre Beschwerden ‘vollständig’ einzubringen
 - Informationen ‘vollständig’ zu verstehen
 - **Sich aufgehoben und verstanden zu fühlen**
 - Bessere Gesundheit zu erreichen
 - In der Akutsituation, z.B. Operation
 - Bei chronischen Krankheiten, z.B. Diabetes



Contents lists available at ScienceDirect

Patient Education and Counseling

journal homepage: www.elsevier.com/locate/pateducou



Communication Study

Examining the validity of the unitary theory of clinical relationships: Comparison of observed and experienced parent–doctor interaction

Bridget Young^{a,*}, Jo Ward^b, Mary Forsey^a, Katja Gravenhorst^a, Peter Salmon^a

Für Eltern Leukämie-kranker Kinder hängt die Gewissheit, sich emotional getragen zu fühlen, **nicht** davon ab, ob die Ärzte **explizit Emotionen ansprechen [das lässt sich gut trainieren!]**, sondern von der wahrgenommenen Kompetenz und dem Engagement für das Kind.

Eltern, die sich emotional unterstützt fühlen, machen keinen konzeptuellen Unterschied zwischen ‘Autorität’ und ‘Emotionalität’

Dritte Gruppe von Lernzielen: Kompetenz und Authentizität

- Wie lässt sich das vermitteln?
 - Das weiss wahrscheinlich niemand!
 - Es ist verbacken mit dem Zuwachs an Wissen, Lebensjahren und an *klinischer Erfahrung*, kaum zu isolieren
 - *Klinische Erfahrung* ist ein schlecht verstandenes Konstrukt, das über ‘pattern recognition’, ‘clinical reasoning’, etc. operationalisiert wird
 - Es hat auch etwas mit *Intuition* zu tun, i.S. von: aus schlechten Daten gute Entscheidungen fällen

Und wie liesse sich der Umgang mit der eigenen Intuition vermitteln?

- Vielleicht darüber, dass uns wir als erfahrende Fachpersonen trauen darüber zu sprechen, dass wir eigentlich auch nicht genau wissen, warum, aber trotzdem jetzt diesen Entscheid befürworten,
 - ... weil der mir irgendwie nicht gefällt
 - ... weil ich mir sicher bin: das Kind ist krank!
- Vielleicht darüber, dass wir uns schulen, unsere 'Bauchgefühle' präziser wahrzunehmen

Zu den Ordnungsprinzipien der Zopfstränge 1

- Was *gefällt* Patienten [patient satisfaction]
- Was *hilft* Patienten
 - Ihre Beschwerden ‘vollständig’ einzubringen
 - Informationen ‘vollständig’ zu verstehen
 - Sich aufgehoben und verstanden zu fühlen
 - **Bessere Gesundheit zu erreichen**
 - In der Akutsituation, z.B. Operation
 - Bei chronischen Krankheiten, z.B. Diabetes

Ein indirekter Hinweis auf den Nutzen von Kommunikation, wenn wir annehmen, dass zu viele Untersuchungen letztlich dem Patienten schaden: Stewart M et al.: Is **patient-centered care** associated with lower diagnostic cost?

Quartile of patient-centred score	Mean diagnostic cost
First quartile (high patient-centeredness score)	11.46 USD
Second quartile	13.07 USD
Third quartile	14.04 USD
Forth quartile (low patient-centeredness score)	29.48 USD

Vierte Gruppe von Lernzielen: Patient-centred care and patient-centred communication

- Was ist das?
- Wie lässt sie sich vermitteln?
 - Da das Konzept schlecht operationalisiert ist, nicht so einfach zu beantworten.
 - Am besten vielleicht mit einem Beispiel, in dem sich jemand die Mühe gemacht hat, Patientenzentrierte Kommunikation und bessere ärztliche Versorgung gemeinsam zu untersuchen

ORIGINAL ARTICLE

**Effect of a Biopsychosocial Approach on Patient Satisfaction
and Patterns of Care**

*Alon P. A. Margalit, MD, PhD, Shimon M. Glick, MD, Jochanan Benbassat, MD,
Ayala Cohen, PhD*

J GEN INTERN MED 2004;19:485-491.

Basis der Studie und **Umsetzung**

- “The term ‘patient-centered’ approach to medical care refers to a style of practice that is oriented to the patient’s needs rather than to the doctor’s agenda, and which moves from professional control to patient empowerment.
- Its main components are the **patient-centered interview** and patient counseling.”
- **1x/Woche 4- bis 6-Stunden Seminar über 3 Monate.**
 - Hoch strukturiert, incl. Wissensüberprüfung, Fallarbeit mit somatischen, psychischen und sozialen Patienten-Merkmalen

Zusätzliche Interventionen und Outcome

- In der 2. Hälfte der Seminare wurden TN aufgeteilt in
 - Didaktische Gruppe (Vorträge, Diskussionen)
 - Interaktive Gruppe (Rollenspiele, Video-Feedback, Balintgruppen)
- Patienten-Zufriedenheit
- Anzahl Labortests/Röntgen
- Überweisungen zu Spezialisten
- Ausmass psychosoziale Beratung

Durchführung

- 44 (22/22) Allgemeinmediziner wurden randomisiert
- 685 ambulante Patienten, deren Hausarzt nicht erreichbar war (Armee, Urlaub), wurden in der Ambulanz von Studien-Ärzten gesehen
- Insgesamt 369 Konsultationen 1 Monat vor der Intervention und 316 Konsultationen 6 Monate nach der Intervention (~16/Arzt) wurden auf Video aufgenommen und ausgewertet.

Prä/Post bei ambulanten Patienten (didaktische) versus interaktive Gruppe

- Länge der Konsultation:
 - 9'24" to 10'06"
- Patienten Zufriedenheit (Anteil Spitzenwert):
 - 33.9 to 69.2
- Medikamente verschrieben (% Konsultationen):
 - 48 to 31
- Beratung, psychosoziale Information (% Konsultationen):
 - 11 to 57; $p < 0.0001$

Zu den Ordnungsprinzipien der Zopfstränge 1

- Was *gefällt* Patienten [patient satisfaction]
- Was *hilft* Patienten
 - Ihre Beschwerden ‘vollständig’ einzubringen
 - Informationen ‘vollständig’ zu verstehen
 - Sich aufgehoben und verstanden zu fühlen
 - Bessere Gesundheit zu erreichen
 - In der Akutsituation, z.B. Operation
 - Bei chronischen Krankheiten, z.B. Diabetes

Chirurg 2007 · 78:52–61
DOI 10.1007/s00104-006-1229-9
Online publiziert: 1. September 2006
© Springer Medizin Verlag 2006

O. Ommen¹ · C. Janßen² · E. Neugebauer³ · H. Pfaff^{1, 2}

¹ Zentrum für Versorgungsforschung (ZVFK), Medizinische Fakultät der Universität zu Köln, Köln

² Abteilung Medizinische Soziologie, Institut und Poliklinik für Arbeitsmedizin, Sozialmedizin und Sozialhygiene der Universität zu Köln, Köln

³ Institut für Forschung in der operativen Medizin (IFOM), Lehrstuhl für Chirurgische Forschung, Fakultät für Medizin, Universität Witten/Herdecke gGmbH, Witten/Herdecke

Einflussfaktoren auf das Vertrauen schwerverletzter Patienten in den Krankenhausarzt

Tab. 4 Ergebnisse der schrittweisen logistischen Regression^a

	Koeffizient	Standardfehler	p-Wert
Informationsunsicherheit	–2,80	0,833	0,001
Kotherapie	2,62	0,901	0,004
Subjek. Behandlungserfolg	2,16	0,760	0,004
Alter	0,098	0,039	0,013
Nagelkerkes R²	0,654		

^aAbhängige Variable: Vertrauen zu den Ärzten.

Was ist Kotherapie?

- Das vom Patienten wahrgenommene Ausmass an partizipativer Entscheidungsfindung
 - „Meine Wünsche wurden bei der Behandlung berücksichtigt“
 - „Ich konnte die Art und Weise der Behandlung wesentlich beeinflussen“
 - „Die Ärzte wollten, dass ich mich aktiv an der Behandlung beteilige“
 - „Die Ärzte vereinbarten gemeinsam mit mir die Ziele meiner Behandlung“.

Fünfte Gruppe von Lernzielen: Gemeinsame Entscheidungsfindung

- Kann man das messen?
 - Ja, besser aus der Perspektive von Patient und Fachperson gleichzeitig, (Scholl. I et al.; Z Evid Fortbild Qual Gesundheitswes. 2011;105(4):313-24.)
- Kann man das vermitteln?
 - The results of this Cochrane review do not allow us to draw firm conclusions about the most effective types of intervention for increasing healthcare professionals' adoption of SDM.... Given the paucity of evidence, however, those motivated by the ethical impetus to increase SDM in clinical practice will need to weigh the costs and potential benefits of interventions (Légaré F et al; Cochrane Review 2010).

Zu den Ordnungsprinzipien der Zopfstränge 1

- Was *gefällt* Patienten [patient satisfaction]
- Was *hilft* Patienten
 - Ihre Beschwerden ‘vollständig’ einzubringen
 - Informationen ‘vollständig’ zu verstehen
 - Sich aufgehoben und verstanden zu fühlen
 - Bessere Gesundheit zu erreichen
 - In der Akutsituation, z.B. Operation
 - Bei chronischen Krankheiten, z.B. Diabetes

????

- Tja, wenn wir das wüssten
- Werden wir es jemals wissen? Oder leiden wir an einem systematischen Denkfehler?
- Könnte der so aussehen:
- Z.B. Diabetes Typ I im Kindesalter*: Eingebettet in 3 Jahre Verlauf sind Konsultationen, die wir professionell beeinflussen können
- Sie müssen sich durchsetzen gegen die Schule, die Kollegen, die Geschwister, die Eltern

Zu den Ordnungsprinzipien der Zopfstränge 2

- Was *gefällt* Ärzten [physician satisfaction oder eher: non-stress]
- Was *hilft* Ärzten
 - Beschwerden 'vollständig' einzusammeln
 - Informationen verständlich zu formulieren
 - Sich vor Beschwerden zu schützen
 - Sich unter Kollegen und mit anderen Berufsgruppen besser zu verständigen

Zusammenhang zwischen Kommunikationstechnik und Menge an Information im Gespräch (s.o.)

Was Patienten hilft, hilft auch Ärzten: Den Ball zurückspielen im Gespräch lädt den Patienten ein, mehr zu erzählen und bringt mehr Informationen; vor allem solche, auf die man selber nicht gekommen wäre!

Zu den Ordnungsprinzipien der Zopfstränge 2

- Was *gefällt* Ärzten [physician satisfaction oder eher: non-stress]
- Was *hilft* Ärzten
 - Beschwerden 'vollständig' einzusammeln
 - Informationen verständlich zu formulieren
 - Sich vor Beschwerden zu schützen
 - Sich unter Kollegen und mit anderen Berufsgruppen besser zu verständigen

Informationen so formulieren, dass der Patient **alles** erfahren hat, was man zu einer Intervention wissen sollte, so dass im Falle von Komplikationen der Arzt nicht verklagt werden kann wegen mangelnder Aufklärung: **Hier führt das Haftungsrecht!**

Informationen so formulieren, dass der Patient weiss, worum es geht und für oder gegen was er sich entscheidet: **hier führt das Recht auf freie Entfaltung der Persönlichkeit!**

Informationen so formulieren, dass der Patient weiss, worum es geht und für oder gegen was er sich entscheidet

- Wenn wir nur ~2-4 neue Informationen gleichzeitig 'verarbeiten' können (im Arbeitsspeicher halten), dann haben Ärzte als Erstes die Pflicht, die Menge an Informationen zu begrenzen, die sie einem Patienten **zu einem Zeitpunkt** zumuten.
- Als wir das auf der Notfallstation versucht haben, sind wir nach vier 'Einkochrunden' und Krisensitzungen auf 28 Informationen (von 81) gekommen....

Sechste Gruppe von Lernzielen: Informationen so vermitteln, dass die Patientin weiss, auf was sie sich einlässt

- Cognitive Load Theorie (Wie viel mag rein) sagt, dass
 - Behalten und Verstehen hängt ab von der Art der Vermittlung: erkennbare Struktur erleichtert den Umgang mit Informationen, Vermitteln auf verschiedenen Kanälen, etc.
 - Behalten und Verstehen hängt ab von der Menge an Information
 - 2-4 neue Informationen passen gleichzeitig in den Arbeitsspeicher, können bei Entscheidungen berücksichtigt werden
 - Insgesamt *behalten* wir 7 +/- 2 neue Informationen
 - Wenn sie nicht aufgefrischt werden, werden sie nach 20 Sekunden gelöscht.

Ein Beispiel aus der Praxis 2

- Eine Woche später: Assistentin und Supervisor einigen sich auf das nächste Ziel: Informationen vermitteln
 - Assistentin erinnert sich, dass sie im Studium die Buch-Metapher gelernt hat und will diese Technik anwenden
 - IM ZIMMER: «Ich würde Ihnen gerne erklären, wie die Behandlung weitergeht. Da hatten wir ja schon mal vorbe-sprochen, dass sich erst noch zeigen muss, ob wir mit *einem* Medikament hinkommen oder ob wir noch ein zweites dazugeben müssen. Dann möchte ich die möglichen Neben-wirkungen mit Ihnen besprechen, Sie haben ja wahr-scheinlich jetzt schon Probleme, weil Sie Kopfschmerzen bekommen haben....., usw.»
 - NACH DER VISITE, FEEDBACK: Assistentin sagt als Erstes: «So blöd, ich habe immer Überschriften und Text vermischt. Als ich's gesagt habe, wusste ich, es war falsch!»
 - Für die nächste Visite: «Überschriften und Text trennen!»

Bücher bieten ihren Inhalt in einer bestimmten Struktur an

Buchtitel

- Inhaltsverzeichnis
 -
 -
 -
- Kapitelüberschriften
- Text as text can, bla bla

Ein Beispiel aus der Praxis 2

- Eine Woche später: Assistentin und Supervisor einigen sich auf das nächste ein Ziel: Informationen vermitteln
 - Assistentin erinnert sich, dass sie im Studium die Buch-Metapher gelernt hat und will diese Technik anwenden
 - Als erstes Klären der Agenda, erfolgreich
 - NACH DER VISITE, FEEDBACK: Assistentin sagt als Erstes: «So blöd, ich habe immer Überschriften und Text vermischt. Als ich's gesagt habe, wusste ich, es war falsch!»
 - IM ZIMMER: «Ich würde Ihnen gerne erklären, wie die Behandlung weitergeht. Da hatten wir ja schon mal vorbesprochen, dass sich erst noch zeigen muss, ob wir mit einem Medikament hinkommen oder ob wir noch ein zweites dazugeben müssen. Dann möchte ich die möglichen Nebenwirkungen mit Ihnen besprechen, Sie haben ja wahrscheinlich jetzt schon Probleme, weil Sie Kopfschmerzen bekommen haben....., usw.»
 - Für die nächste Visite: «Überschriften und Text trennen!»

Zu den Ordnungsprinzipien der Zopfstränge 2

- Was *gefällt* Ärzten [physician satisfaction oder eher: non-stress]
- Was *hilft* Ärzten
 - Beschwerden ‘vollständig’ einzusammeln
 - Informationen verständlich zu formulieren
 - **Sich vor Beschwerden zu schützen**
 - Sich unter Kollegen und mit anderen Berufsgruppen besser zu verständigen

Physician Scores on a National Clinical Skills Examination as Predictors of Complaints to Medical Regulatory Authorities

Robyn Tamblyn, PhD

Michal Abrahamowicz, PhD

Dale Dauphinee, MD

Elizabeth Wenghofer, PhD

André Jacques, MD

Daniel Klass, MD

Sydney Smee, MSc

David Blackmore, PhD

Nancy Winslade, PharmD

Nadyne Girard, MSc

Roxane Du Berger, MSc

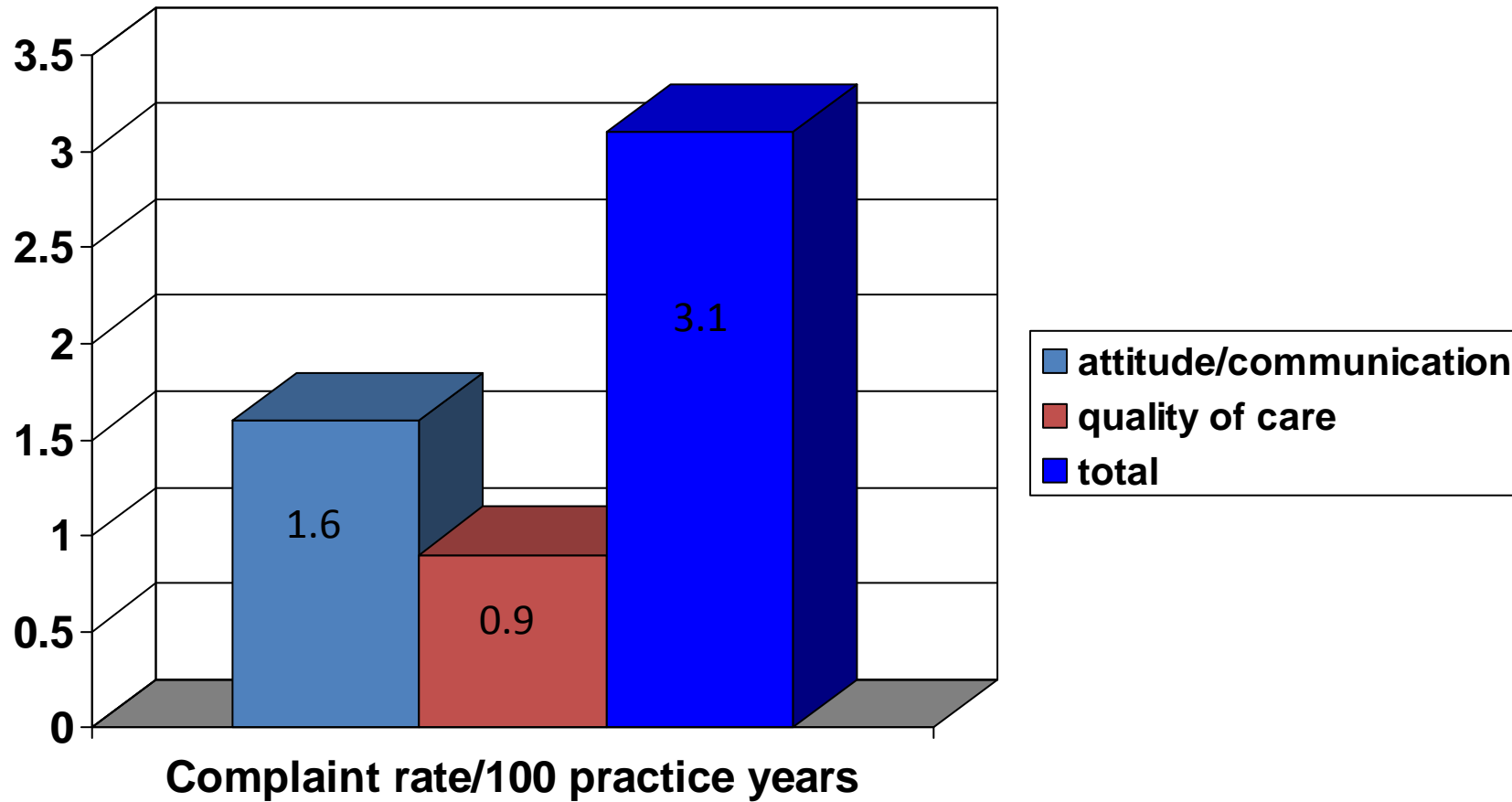
Iлона Bartman, MA

David L. Buckeridge, MD, PhD

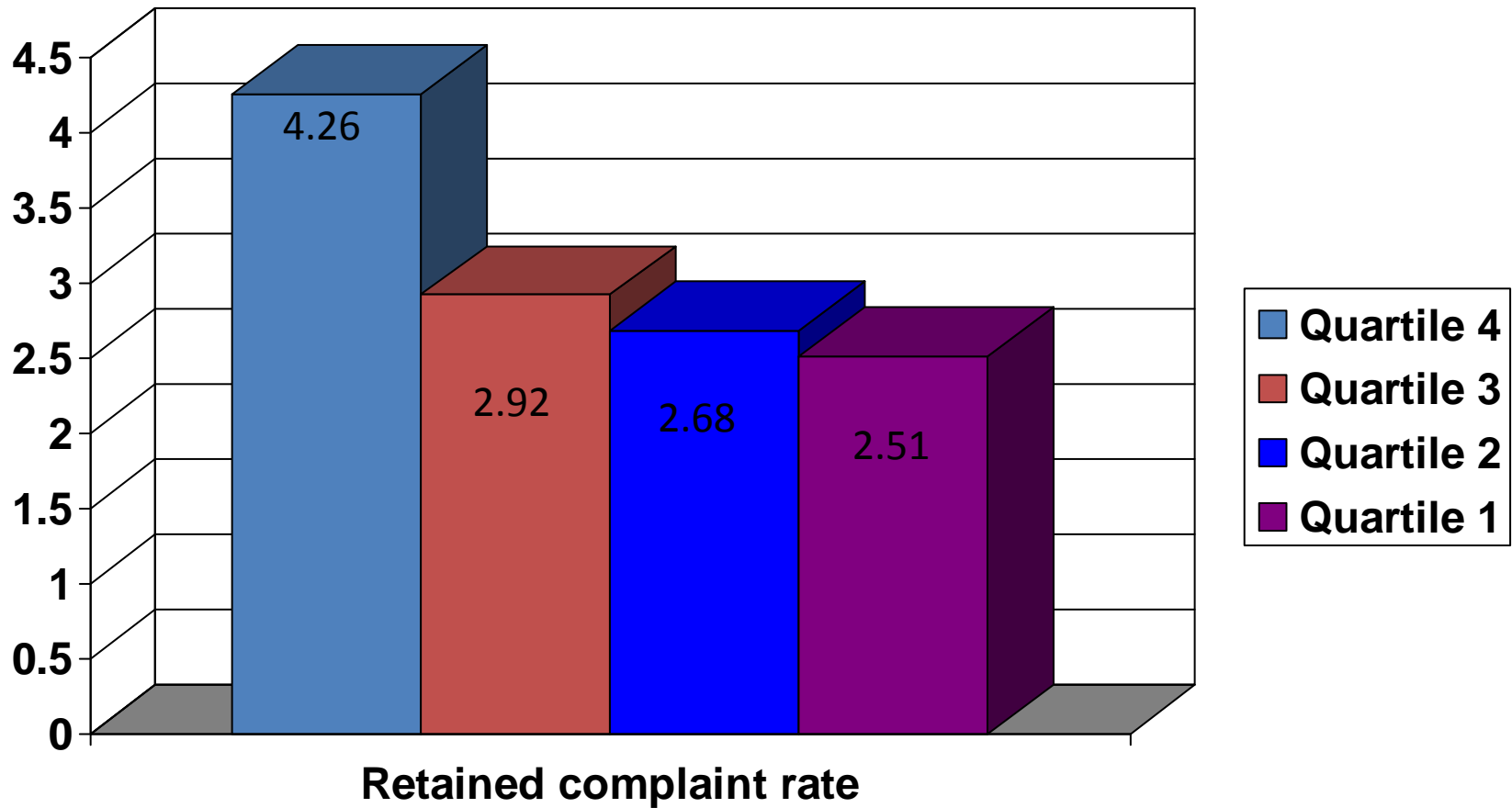
James A. Hanley, PhD

JAMA, 2007; 298: 993

Frequency of retained complaints by type during 22.585 practice years



Quartile in final examination on communication skills and rate of retained complaints/100 practice years



Siebte Gruppe von Lernzielen: Beschwerden vermeiden, am ehesten wieder: Patienten einbeziehen, Patienten-zentrierte Kommunikation



Von der Ordnung des Zopfes zur Vielfalt des Schopfes?

- Nachdem wir in einer schnellen Übersicht festgestellt haben, dass man zu vielen Details viel und auch wieder erstaunlich wenig weiss, ist es an der Zeit darüber nachzudenken:
 - Was soll das Ganze eigentlich?
- Da hatten wir es in den 70ern leichter, denn ‘unter uns Fortschrittlichen’ war hinsichtlich der Stossrichtung alles klar: Weg mit dem Watzmann, freier Blick auf’s Mittelmeer!

Der Zugang zum Schopf ist ein anderer als der Zugang zum Zopf

- Weniger auf das Detail und die Ordnung ausgerichtet als vielmehr auf das Ganze
- Einzelnes ist leichter zu vermitteln als Chaotisches
- Und doch begegnet uns in entscheidenden Momenten im Leben Chaotisches; das ist zu vermitteln (Liebe, Heirat, Eltern werden, etc.)
- Was fördert den klugen Umgang mit Chaotischem?

Nützlicher Umgang mit Chaotischem

- Nicht fokussierte Aufmerksamkeit ('frei schwebend')
- Soweit beim Gegenüber sein, dass es eine Chance hat, mich in seine Befindlichkeit aufzunehmen (wechselseitige Einleibung)
- Soweit bei mir bleiben, dass ich merke, was das mit mir macht.
 - Hektik, Ärger, Angst, tief Luft holen, Langeweile

Das Problem dabei

- Wir verlangen mit diesem Lernziel vom Studierenden und vom Assistenten das Gegenteil von dem, was wir vermitteln im Studium und prüfen im Staatsexamen:
 - Aus der Vielfalt von Beschwerden und Befunden diejenigen herauszufiltern, die für die Diagnose und die Behandlung entscheidend sind.
- Das ist ein unauflösbares Dilemma, aber wir sollten klarstellen, dass es in der Medizin selten um Entscheidungen geht und häufig um das (miteinander) Aushalten.

Aber jetzt laufe ich womöglich in die Irre

- Ihr Arbeitsspeicher ist überfüllt,
- Es wird Zeit, mich an das Lieblings-Akronym des frisch gebackenen 60 Jährigen zu halten:

'KISS'

**KEEP IT SHORT
AND SIMPLE!**