

Kommunikation in der Chirurgie

W. Langewitz

Psychosomatik – Innere Medizin, Universitätsspital Basel

In einer chirurgischen Zeitschrift über Kommunikation zu schreiben, heißt Wasser in die Wüste zu tragen – ein im Prinzip reizvolles Unterfangen, weil dort die Blütenpracht besonders beeindruckend ist, wenn es mal regnet. Tatsächlich sind chirurgische Kollegen eine selten gesehene Sorte Arzt, wenn es um das Durchführen von Kommunikationsschulungen in Kliniken geht: Sie gelten als nicht interessiert – was sich darin zeigt, dass sie gar nicht erst kommen – und als schwer zu motivieren für Veränderungen – weil sie mit dem, was sie an kommunikativen Fertigkeiten mitbringen, zufrieden sind. Von daher befinden sich Chirurgen aus der Perspektive des Veränderungsprozess-Modells möglicherweise im Stadium der „pre-contemplation“: Sie sehen das Problem nicht, für dessen Lösung ihnen Seminare zur Arzt-Patienten-Kommunikation angeboten werden.

Insgesamt sind Patienten ausgesprochen zufrieden mit ihren Chirurgen. In der Untersuchung von McLafferty et al. (2006)

bemerken Patienten zwar in Fragebögen, die nach der Begegnung verteilt wurden, dass wünschenswertes Verhalten häufiger nicht vorkam, definitiv nicht empfehlen würden aber nur 1,7% ihren Chirurgen. Immerhin erhielt ein Drittel der Chirurgen von mindestens einem Patienten dieses Prädikat. Verhaltensweisen, die am häufigsten fehlten, waren: Der Chirurg zeigt kein Interesse am Patienten (52%), „er erklärt die medizinische Situation nicht gut (52%), er lädt nicht zum Nachfragen ein (40%) und er beantwortet Fragen nicht (36%)“.

In diesem Aufsatz wird es darum gehen, die manifeste Skepsis chirurgischer Kolleginnen und Kollegen gegenüber dem Thema Kommunikation aus den besonderen Anforderungen des Berufs heraus zu verstehen und Anforderungen an die Kommunikationsfähigkeiten von Chirurgen im Arbeitsalltag und Prinzipien hilfreicher Kommunikation vorzustellen.

Die besondere Situation der operativen Fächer

Warum ist Kommunikation ein Thema in der Chirurgie?

Das Interesse an der Arzt-Patient-Kommunikation wächst in den letzten Jahren und dies beruht v. a. auf der Tatsache, dass **Anklagen wegen Behandlungsfehlern** in den operativen Fächern häufiger sind als in konservativen Disziplinen und dass sie mit schlechter Kommunikation begründet werden und weniger mit dem objektiv erzielten Ergebnis eines Eingriffs (z. B. Hickson und Entman 2008; Tamblyn et al. 2007). Die Arbeit von Tamblyn ist insofern von Interesse, als sie in einem prospektiven Design belegt, dass schlechte Examensnoten im Bereich der Arzt-Patient-Kommunikation die Häufigkeit von offiziellen Beschwerden in den nächsten Berufsjahren deutlich erhöhen. Besonders klar ist dies bei Eingriffen aus ästhetischen Gründen: „The precipitating factor in initiating a complaint is not necessarily a technical error but often a failure on the part of the surgeon to establish any reasonable rapport from the outset.“ (Ward CM 1998, S. 547).

In einer neueren Übersichtsarbeit (Blackburn und Blackburn 2008) wird der Begriff des **Rapport** aufgegriffen, den ein ästhetischer Chirurg mit seiner Klientel herzustellen habe. Rapport ist ein Überbegriff für ein Konglomerat verschiedener Komponenten wie:

- wechselseitige Sympathie,
- offenkundiges Interesse aneinander,
- harmonischer Gesprächsverlauf im Sinne eines glatten und koordinierten Austauschs.

Ein **offener Austausch** von Erwartungen des Patienten und den Korrekturmöglichkeiten eines operativen Eingriffs ist notwendig (Abb. 1), wenn der Arzt über den objektiv feststellbaren Befund hinaus erfahren will, woher die Dringlichkeit einer operativen Korrektur einer mehr oder weniger ausgeprägten Normabweichung resultiert. Die ganz persönlichen Motive hinter dem Wunsch nach einer ästhetischen Korrektur lassen sich nur in einem geduldigen Gespräch mit dem Operationswilligen herausfinden. Ähnliches gilt für viele elektive Eingriffe, bei denen es womöglich nicht so sehr um die Frage geht, ob der Eingriff überhaupt durchgeführt werden soll oder nicht, sondern mehr um das Wie und das Wann.



Abb. 1 ■ Ein offener Austausch von Patientenerwartungen und Möglichkeiten des behandelnden Arztes ist wichtiger Bestandteil der Kommunikation (Bild: A. Fischer/Thieme Verlagsgruppe).

► **Je größer die Bandbreite operativer Behandlungsmöglichkeiten und je differenzierter die Indikationsstellung für ein bestimmtes Verfahren, desto wichtiger wird es für Chirurgen – genauso wie für andere Berufsgruppen – ein Gespräch so gestalten zu können, dass Patienten oder Angehörige die Möglichkeit bekommen, ihre individuelle Sichtweise einzubringen.**

Dieses Ziel ist ein Markenzeichen einer patientenzentrierten Kommunikation, deren wesentliche Elemente in einem späteren Abschnitt kurz vorgestellt werden.

Chirurgie und Teamkommunikation

In einem jüngeren Übersichtsartikel der Zeitschrift *Surgery* werden nicht nur die technischen Fähigkeiten des Chirurgen als Qualitätsmerkmal beschrieben, sondern auch seine Kommunikationsfertigkeiten. Sie zeigen sich aber nicht im Kontakt mit Patientinnen und Patienten, sondern in seiner **Kommunikation im Operationssaal** (Abb. 2): Diese seien „the critical cognitive and interpersonal skills that complement surgeons' technical abilities“ (Yule et al. 2006, S. 140).

Tatsächlich ist die Qualität der Kommunikation innerhalb von Operations- oder Intensivteams nicht nur eine Frage

des mehr oder weniger angenehmen Betriebsklimas, sondern sie hat konkrete Auswirkungen auf die Gesundheit der Patienten.

► **Schlechte Kommunikation ist die häufigste Ursache für Indexereignisse, die Kontrollorganen gemeldet werden.**

In der Arbeit von Lingard et al. (2004) wird berichtet, dass ein Drittel der Gesprächssituationen innerhalb eines Operationsteams fehlerhaft ist und dass dies wiederum in einem Drittel der Fälle negative Auswirkungen auf die Sicherheit von Patienten hat. Schlechte Qualität der Kommunikation erhöht die Rate von Komplikationen und die Gefahr einer Operation mit letalem Ausgang fast um den Faktor 5 (Mazzocco et al. 2009).

In einer großen und repräsentativen Befragung von 52 Krankenhäusern (6083 Fragebögen ausgewertet) zeigt sich, dass chirurgische Teams, die bessere Kommunikation und Teamzusammenarbeit mit erfahrenen Kollegen angeben, niedrigere Morbidität aufzuweisen haben (Davenport et al. 2007).

Ein besonderes Problem für Chirurgen ist die Tatsache, dass sie kommunikative Schwierigkeiten innerhalb multiprofessioneller Teams nicht gut einschätzen können: sie sind im Vergleich zu anderen Berufsgruppen sehr viel zufriedener mit der **Qualität der Teamkommunikation** oder andersherum gesagt, sie merken nicht, wenn andere Berufsgruppen leiden. Dies wird in Tab. 1 exemplarisch illustriert.

Als **Beispiele für negative Formen der Teamkommunikation** werden aggressive Wortwahl, Schreien, Beschimpfen und Drohen genannt (z. B. Rogers et al. 2011): Diese Verhaltensweisen führen dazu, dass sich Konflikte, die primär im Zusammenhang mit einer konkreten Aufgabe stehen, negativ auf die Arbeitsbeziehungen auswirken.

Verhaltensweisen mit negativen Auswirkungen auf die Beziehungen untereinander sind insofern schwerwiegend, als gerade in der Chirurgie und in der Intensivmedizin Hand in Hand gearbeitet wird.

► **Blindes Verstehen ohne unnötige Worte ist hilfreich, genauso allerdings auch klare Führung im Notfall, wenn es gilt, Interventionen auf verschiedenen Ebenen zu koordinieren.**

Der Wechsel von „blindem Verstehen ohne Worte“ zu „Handeln auf explizite Anweisung“ stellt hohe Ansprüche an die kommunikative Kompetenz, sowohl der Mitarbeiter, die Anweisungen entgegennehmen, als auch derjeni-

gen, die Anweisungen geben. Um diese Balance zu finden, ist ein **Klima wechselseitiger Achtung** entscheidend. Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, die aus Angst vor Bloßstellung oder scharfer Zurückweisung ihren Mund halten, können nicht mehr korrigierend eingreifen, wenn Prozesse ungünstig verlaufen.

Ein Versuch, der klinischen **Bedeutung expliziter interprofessioneller und interdisziplinärer Kommunikation** gerecht zu werden, sind Checklisten, die zu Beginn eines Eingriffs und am Ende abgearbeitet werden und die die Mortalität und Komplikationen nach Eingriffen signifikant senken.

► **Da es immer wieder Situationen gibt, in denen kein Platz für Ad-hoc-Diskussionen ist, muss sichergestellt sein, dass es im Konfliktfall die Möglichkeit einer Nachbesprechung gibt.**

Ein Vorschlag für einen **Verhaltenskodex** innerhalb einer chirurgischen Klinik könnte wie folgt aussehen (s. Checkliste nächste Seite).

Besonderheiten der chirurgischen Berufsidentität

Wer entscheidet sich, Chirurg zu werden? Von chirurgischen Autoren stammt das folgende Zitat: "Those medical students who like to delve into patients' minds become psychiatrists, while those with a more technical bent, preferring to remedy an abnormal physical sign with a surgical procedure, become surgeons; and plastic/aes-



Abb. 2 ■ Die Kommunikation im Operationssaal beeinflusst das OP-Ergebnis (Bild: T. Tran/Thieme Verlagsgruppe).

thetic surgeons would claim that they are the finest technicians of them all" (Blackburn und Blackburn 2008, S. 724).

Vielleicht ist es aber nicht nur das unterschiedlich ausgeprägte Interesse am Denken und Fühlen des Gegenübers, sondern auch eine **gewisse Scheu vor einer intensiveren Arzt-Patient-Beziehung**, die über die Berufswahl entscheidet.

Tabelle 1

Liste von Tätigkeitsmerkmalen, in denen mehr als die Hälfte einer Berufsgruppe unangemessenes Verhalten konstatierte (Angaben in Prozent). Aus: Wauben et al. 2011.

Tätigkeitsmerkmale	Chirurgen (n = 66)	Anästhesisten (n = 18)	OP-Pflegende (n = 97)
Anästhesist informiert über intraoperative Medikation	42	78	71
Chirurg informiert, dass die Operation nicht planmäßig verläuft	5	56	56
Chirurg informiert über den geplanten Eingriff	5	51	49
Debriefing mit dem ganzen Team, Diskussion über die Probleme	27	83	84
Chirurg vergewissert sich, dass das ganze Team bereit ist für den Eingriff	12	59	73
allgemeine Zufriedenheit mit Kommunikation und Teamwork im Operationssaal	6	44	72
Chirurg fragt beim Anästhesieteam nach, wie es dem Patienten aktuell geht	6	78	37

Checkliste

Verhaltenskodex

Verhaltenskodex zur Teamkommunikation

- Korrekter Umgang miteinander ist Bestandteil der professionellen Identität.
- In Ausnahmefällen kann es unvermeidbar sein, mit lauter Stimme und in scharfem Ton vom Anderen etwas zu verlangen; auch dann wird allerdings erwartet, dass sich derjenige nachher für seinen Tonfall entschuldigt.
- In der Regel, also im normalen Tagesgeschäft, sind Anschreien, laute, beleidigende, entwertende Äußerungen, Beschimpfungen oder Drohungen verpönt.
- Werfen mit Gegenständen ist unprofessionelles Verhalten.
- Es muss dringende und nicht aufschiebbare Gründe geben, jemanden oder ein Team bei der konzentrierten Arbeit zu stören. Professionell ist es, darauf zu verzichten, dass das eigene Anliegen in diesem Moment besprochen wird. Professionell ist aber auch, auf denjenigen zurückzukommen, der sein Anliegen nicht vorbringen konnte.

Verhalten in einer Konfliktsituation

- Im Notfall hat Handeln im Dienste der Patientensicherheit Vorrang vor Klärung kommunikativer Probleme.

Nachbereitung des Konflikts

- Ein nicht ad hoc zu lösender Konflikt muss innerhalb von maximal zwei Tagen besprochen werden. Es kann auch von Mitarbeitern im Dienstfrei erwartet werden, dass sie zumindest für ein Telefongespräch zur Verfügung stehen.
- Die Beteiligten können eine dritte Person ihrer Wahl hinzuziehen, wenn sie vorhersehen, dass sich eine Situation ergeben wird, die sie alleine nicht durchstehen wollen.
- Für ein Bearbeitungsgespräch gelten die allgemeinen Regeln von Konfliktgesprächen:
 - Jede Seite erhält die Möglichkeit, in Ruhe ihre Sichtweise darzustellen.
 - Im nächsten Schritt erfolgt die Definition der Gemeinsamkeiten im Erleben (z. B. ausgesprochen belastende Situation durch schwer kranke Patienten, Zeit- und Entscheidungsdruck) und in den zugrunde liegenden sachlichen Problemen (z. B. ein bestimmtes Instrument war nicht verfügbar).
 - Der nächste Schritt ist das Erstellen einer Liste der Differenzen in Wahrnehmung und Beurteilung der Situation.
 - Außerdem werden die Differenzen hierarchisiert:
 - welche Differenzen sollen jetzt innerhalb der verbleibenden Zeit besprochen werden
 - welche Differenzen sollten in einem anderen Rahmen besprochen werden (z. B. bei Verknüpfung mit strukturellen Problemen, die die beiden unmittelbar Beteiligten nicht lösen können)
 - wenn möglich, für sorgfältig besprochene Probleme Alternativen entwickeln
 - unlösbare Differenzen benennen, ggfs. erweiterte Runde mit einem Moderator anbahnen
 - wenn möglich, explizit für bestimmte Verhaltensweisen entschuldigen

Konsequenzen bei wiederholt unprofessionellem Verhalten

- Bei schweren oder wiederholten Verstößen gegen die Regeln professioneller Kommunikation informieren die betroffenen Personen zwingend ihre Führungsverantwortlichen.
- Die Führungsverantwortlichen sind verpflichtet, ihre Personalabteilungen zu informieren.
- Die Führungsverantwortlichen und die Personalleitenden prüfen personalrechtliche oder andere Maßnahmen.



Empirische Daten legen nahe, dass das **Bindungsverhalten** von Medizinstudenten eine Rolle bei der späteren Berufswahl spielt. Mit diesem Begriff ist die Art der Beziehungsgestaltung angesprochen, mit der Menschen anderen begegnen. Dahinter steht die Annahme, dass die Sicherheit in den Beziehungen, die Kinder vor allem mit ihren Eltern erlebt haben, spätere **Bindungsmuster** prägt. Sicherheit bezieht sich dabei zum einen auf das eigene Selbst („Bin ich es wert, gemocht und unterstützt zu werden“) und zum anderen auf das Gegenüber („Sind andere Menschen grundsätzlich bereit, mir uneigennützig zu helfen“).

In der Arbeit von Ciechanowski (2004) zeigte sich, dass Studierende, die im zweiten Jahr Hausarztmedizin als Berufsziel angaben, durch einen sicheren Bindungsstil charakterisiert waren, also positive Erwartungen an sich und an andere Menschen hatten. Studierende, die nicht in die Grundversorgung und vor allem in chirurgische Fächer gehen wollten, gehörten häufiger zu den anderen drei Beziehungsgruppen:

- unsicher, was die positive Einstellung anderer Menschen angeht;
- auf der Suche nach Unterstützung;
- übervorsichtig-ängstlich beziehungs-suchend.

► **Für die Kommunikation mit Patienten würde dies bedeuten, dass Studierende, die später ein chirurgisches Fach wählen, aufgrund ihrer Persönlichkeit weniger daran interessiert sind, mit anderen Menschen in Kontakt zu kommen – sich zu binden.**

Beim Erlernen chirurgischer Kompetenzen werden die **Besonderheiten eines interventionellen Fachs** besonders klar: Ein Schnitt hinterlässt eine irreversible Gewebsverletzung, die Folgen einer zu hohen Dosis Diuretikum sind reversibel; die Differenzialdiagnose eines verbreiterten QRS-Komplexes kann in Ruhe erörtert werden, ob es sich bei einer bestimmten Struktur um den Ureter handelt oder die A. uterina, muss in der Sekunde geklärt werden, in der die Ligatur gesetzt wird. Zu diesen Unterschieden in der Geschwindigkeit der Abläufe der täglichen Arbeit passen unterschiedliche Stile in der Weiterbildung der Assistenten: geduldiges Anhören und Abwägen z. B. in der Inneren Medizin versus auf die Finger klopfen.

Besonderheiten der chirurgischen Anamnese

Chirurgische Anamnesen haben häufig **eine andere Funktion** als die Anamnesen in der Inneren Medizin. In der Inneren Medizin ist das Ziel, erst einmal eine Hypothese zur Genese von Beschwerden zu formulieren.

► **In der Chirurgie geht es eher um die Eingrenzung eines Problems, z. B. mit dem Fokus einer Indikationsabklärung für einen bestimmten Eingriff. Außerdem lässt sich Folgendes ableiten: Der Chirurg überprüft, ob seine Intervention dem Problem angemessen ist, aber er stellt das Problem selber nicht noch einmal durch eine ausführliche Anamnese infrage.**

Innerhalb der chirurgischen Disziplinen gibt es weitere Unterschiede in der Funktion von Anamnesen. Während Unfallchirurgen zumindest in der Akutversorgung selbst-evidente Probleme behandeln, Tumorchirurgen Patienten, die von anderen Disziplinen diagnostiziert wurden etc., besteht bei elektiven Eingriffen und nicht eindeutiger Indikation erhöhter **Klärungs- und damit Gesprächsbedarf**. Der Orthopäde muss gemeinsam mit dem Patienten entscheiden, ob z. B. der Ausriss eines Labrums nach Schulterluxation bei einem 22-Jährigen operiert werden sollte oder ob es klüger ist, abzuwarten und zu beobachten, ob sich Komplikationen ergeben werden und ggfs. zu einem späteren Zeitpunkt zu intervenieren.

Entscheidungsfindung in der Chirurgie

Ein weiteres Charakteristikum chirurgischer Fächer ist die mehr auf klinische Kompetenz und Besonderheiten des Einzelfalls und **weniger auf Evidenz basierende Entscheidungsfindung**. Dies zeigt sich auch in qualitativen Studien, in denen die Mehrzahl der befragten Chirurgen angibt, dass Evidenz nicht aus randomisierten kontrollierten Studien oder einer wissenschaftlichen Recherche stammt, sondern aus chirurgischer Erfahrung, Fertigkeiten und dem Erfolg eines Chirurgen.

Die Skepsis gegenüber evidenzbasierten Entscheidungen hat auch damit zu tun, dass es in der Chirurgie schwieriger als in der Inneren Medizin ist, Patienten in randomisierte Studien einzuschließen. Im Gegensatz zu Studien, die zwei präzise definierte Medikationsschemata vergleichen, ist die **Standardisierung einer chirurgischen Prozedur ausgesprochen schwierig**: „Chirurgie basiert auf höchst technischen und komplexen Prozessen, bei der viele Individuen und Systeme integriert werden müssen“ (Merkow und Ko 2011, S. 437).

Konsequenz der nur schwer zu erreichenden Standardisierung sind **von Klinik zu Klinik unterschiedliche Behandlungsschemata**, wie sich am Beispiel der postoperativen Betreuung von Patienten nach Kolonchirurgie in einer Befragung von 200 chirurgischen Zentren aus fünf Ländern eindrucksvoll zeigen lässt: Nur in den Niederlanden war die Entlastung durch die Magensonde weit verbreitet, postoperative Nahrungskarenz war in Skandinavien die Ausnahme und gebräuchlich in den Niederlanden und in Schottland. Am ersten postoperativen Tag durften 85 Prozent der dänischen Patienten nach eigenem Gusto essen, in Schottland nur ein Viertel (Lassen et al. 2005).

Wenn Entscheidungen sich schlecht mit erwiesener Evidenz begründen lassen, werden sie personalisiert, es stehen Personen mit ihrer individuellen Kompetenz hinter der Entscheidung – im Konfliktfall gegeneinander – und nicht die Faktenlage. Dieser freie Raum (frei von gut basierter Evidenz) begünstigt nicht nur die **Schulung innerhalb einer Fachdisziplin**, sondern auch Persönlichkeiten, die es angesichts unsicherer Datenlagen auf sich nehmen, eine Entscheidung nach bestem persönlichen Gutdünken zu fällen und dann auch durchzusetzen. Die Inanspruchnahme fachlicher Autorität ist wahrscheinlich oft notwendig und sinnvoll, sie lässt sich aber nicht ohne Weiteres auf die Interaktion von Chirurg und Patient übertragen.



Abb. 3 ■ Der behandelnde Arzt sollte während eines Patientengesprächs die Autonomie des Patienten und seine persönliche Situation berücksichtigen (Bild: T. Möller/Thieme Verlagsgruppe).

Gemeinsamkeiten mit anderen Fächern

Am Beispiel der Frage, wie Vertrauen in den Chirurgen entsteht, lässt sich zeigen, dass es übergreifende Erwartungen von Patienten gibt, die nicht fachspezifisch sind:

Vertrauen in Chirurgen entsteht dadurch, dass er

- Informationen verständlich äußern kann,
- Patienten in Entscheidungsprozesse einbezieht und
- einen kompetenten Eindruck macht (Salmon, Mendick und Young 2011).

Wenn man davon ausgeht, dass Patienten einen Chirurgen i. d. R. nur zu einem präoperativen Gespräch sehen, dann gilt wahrscheinlich für diesen Kontakt etwas Ähnliches wie für den Erstkontakt zwischen Patienten und Onkologen. Vertrauen entwickelt sich beim ersten Aufeinandertreffen rasch, meist auf der Basis der wahrgenommenen Kompetenz des Arztes. Eine tiefere und mehr emotional geprägte Beziehung entsteht dagegen erst nach wiederholten Kontakten mit dem Onkologen und beruht dann nicht nur auf fachlicher, sondern auch auf der Interaktionskompetenz des Arztes.

Grundlagen einer patientenzentrierten Kommunikation für Chirurgen

Einleitung

Der Begriff der patientenzentrierten Kommunikation wird in seiner Grundbedeutung klarer verständlich, wenn man sich das Pendant dazu vorstellt, die arztzentrierte Kommunikation. Dabei geht es weniger um die Frage, ob der Arzt oder der Patient im Zentrum steht, sondern darum, von wem die wesentlichen Handlungs- und Gesprächsimpulse ausgehen. Wenn der Fokus weniger auf dem Arzt liegt, kommen folgende **Ziele eines Arzt-Patient-Gesprächs** ins Spiel:

- das Recht auf eigene Entscheidungen,
- Respekt vor der Autonomie des Patienten und
- Interesse an der persönlichen Situation des Patienten.

Es muss betont werden, dass es nicht darum geht, das Heft vollständig dem Patienten zu übergeben, womöglich in der Hoffnung, der Patient wisse selbst schon am besten, was gut für ihn ist. Es geht vielmehr darum, sich klar zu machen, mit welchem Recht ein Arzt für sich in Anspruch nimmt, das handelnde Zentrum eines Gesprächs zu sein, und wann er gut beraten ist, dieses Zentrum einem Patienten zur Verfügung zu stellen (Abb. 3).



Solange Ärzte im diagnostischen Prozess einer Hypothese folgen, sollten sie die Gültigkeit dieser Hypothese durch kluges Fragen überprüfen; in dieser Gesprächsphase sind **geschlossene Fragen** ratsam, auf die die Patienten möglichst eindeutige Antworten geben können. Sobald die Ärzte allerdings nicht wirklich wissen, wo das Problem der Patienten zu lokalisieren ist, sollten sie sich an die Fersen der Patienten heften, die sich im eigenen Terrain besser auskennen als die Ärzte. Zu dieser Arbeitsweise, die man vielleicht am ehesten mit einem hypothesengenerierenden Forschungsansatz vergleichen könnte, gehören wiederum bestimmte Kommunikationstechniken, mit denen Ärzte den Patienten den Raum zur Verfügung stellen, in dem diese sich gemäß ihren eigenen Überzeugungen bewegen. Nach diesem Verständnis liefert eine **patientenzentrierte Gesprächsführung** in ähnlicher Art und Weise Anhaltspunkte für die Probleme des Patienten wie die Bitte, bestimmte Bewegungen auszuführen: Ungewöhnliche Bewegungsmuster, Ausweichbewegungen etc. weisen auf die Problemzonen hin.

Explizite Gesprächsstruktur

Klarheit im Ablauf. Patienten bevorzugen Ärzte, die ihnen erklären, wo im Ablauf eines Gesprächs sie sich befinden, warum sie bestimmte Fragen stellen und wie es weitergeht.

Fallbeispiel

Wo im Gespräch befinden wir uns

Arzt: „Wir haben jetzt Ihre momentanen Beschwerden beisammen und ich kann mir ein gutes Bild von Ihrer momentanen Situation machen. Ich wäre froh, wenn Sie mir sagen könnten, wie Sie sich selbst auf die nächste Zeit einstellen, in der Sie ja damit leben müssen, dass Sie Ihr linkes Bein nicht mehr so gut werden benutzen können wie bisher. Sie müssen das nicht kurz und knapp schildern, sondern können sich ruhig Zeit lassen, Ihre Gedanken zu entwickeln.“

Zeitrahmen und Agenda. Zur expliziten Struktur gehören auch die Bekanntgabe einer zeitlichen Struktur des Gesprächs und eine Einigung darüber, was heute angesprochen werden sollte.

Fallbeispiel

Zeitrahmen und Agenda festlegen

Arzt: „Ich habe mir für unser Gespräch eine Viertelstunde eingetragen. Wenn wir damit nicht hinkommen, müssen wir so bald wie möglich einen zweiten Termin verabreden. Von mir aus gibt es nur ein Thema: wie sind Sie mit der Schiene am Knie zurechtgekommen. Was gibt es von Ihnen?“

WWSZ-Techniken

Diese vier Techniken haben ein Ziel: Sie **öffnen den Gesprächsraum für den Patienten**, sodass er seine eigene Version der (Krankheits-)Geschichte erzählen kann.

Warten. Die wichtigste Kommunikationstechnik besteht darin abzuwarten, ob der Patient selber etwas sagt oder am Ende eines Satzes noch etwas hinzufügen möchte. Diese Pausen dauern selten länger als drei Sekunden, Ausnahmen sind Schweigephasen, z. B. im Schock nach dem Mitteilen einer überraschenden katastrophalen Nachricht.

Wiederholen. Die schlichteste Technik (engl.: echoing) besteht darin, ein oder zwei Worte des Patienten zu wiederholen, damit er nicht aufhört zu sprechen, sondern den Faden wieder aufgreift und seine Geschichte fortsetzt.

Fallbeispiel

Kommunikationstechnik Wiederholen

Patient (mit typischer Deformation des distalen Unterarms): „Ich bin beim Schlittschuhlaufen nach hinten gefallen. Hab’ den rechten Arm so ausgestreckt, um mich abzufangen und bin dann gewaltig auf den Hintern geflogen.“

Arzt: „Auf den Hintern geflogen?“

Patient: „Ja, da hat’s dann auch noch mal geknackst, so inwändig und ich konnte nicht auf dem Stuhl sitzen, den die mir da hingestellt hatten, um auf den Krankenwagen zu warten; das tat dermaßen weh! Jetzt im Liegen geht’s etwas besser.“

Spiegeln. Beim Spiegeln (engl.: mirroring) wiederholt der Arzt in eigenen Worten, was er vom Patienten wahrgenommen hat. Er kann sich dabei auf Stimmungen beziehen, die der Patient vermittelt, auf Veränderungen der Körperhaltung oder der Stimme; er kann auch zurückmelden, dass er den Eindruck gewonnen hat, dass der Patient im Moment weniger über die eigenen Sorgen sprechen möchte als vielmehr über die Reaktion der Familie auf die Diagnose eines Tumorleidens. Typische Beispiele für spiegelnde Äußerungen zeigt die Infobox „Fallbeispiel“.

Fallbeispiel

Kommunikationstechnik Spiegeln

„Sie wirken auf mich erstaunlich gefasst.“

„Ich habe den Eindruck, Sie machen sich vor allem Sorgen, wie das mit dem Geschäft weiterlaufen wird, wenn Sie so lange im Spital sein müssen.“

„Wenn ich Sie richtig verstehe, sind Sie gegenüber der Operation ziemlich skeptisch.“

Mit solch einleitenden Worten stellt der Arzt klar, dass er nicht ganz sicher ist, in welcher Verfassung der Patient sich befindet, und dass er sich an einen Sachverhalt oder eine Emotion herantasten möchte, der oder die letztlich vom Patienten festgelegt werden.

Zusammenfassen. Auch das Zusammenfassen hat die Funktion, den Ball an den Patienten zurückzuspielen, indem man den Sprechimpuls wieder an ihn zu übergeben versucht.

Fallbeispiel

Kommunikationstechnik Zusammenfassen

Arzt: „Ich fasse mal zusammen, was ich jetzt von Ihnen verstanden habe.“

PAUSE [Damit die Patientin mit einem Nicken bestätigt, dass sie verstanden hat, dass das das Rederecht von ihr auf die Ärztin übergeht!]

Arzt: „Sie sind vorgestern von Ihrem eigenen Hund gebissen worden, es hat kaum geblutet, aber dann bald angefangen weh zu tun. Am Abend war der Arm geschwollen und rot, Sie haben mit Arnikaöl und mit Coldpacks behandelt und Aspirin genommen. Erstmal hatten Sie den Eindruck, dass es besser wird, aber jetzt schlafen Ihnen manchmal die Finger ein und es verfärbt sich eher bläulich. Da haben Sie Angst bekommen und sind jetzt hier, damit wir was machen?“

Vermitteln von Informationen

Für die meisten Menschen ist die Vorstellung, dass man den Bauch öffnet oder das Kniegelenk herausschneidet, wahrscheinlich ziemlich ungewöhnlich. Daher gibt es u.U. einigen **Bedarf an Informationen** – zumindest bei den Patienten, die es genauer wissen wollen, oder denen man erklären muss, dass es verschiedene Möglichkeiten des operativen Vorgehens gibt. In diesem Fall stellt sich das Problem, wie Informationen so vermittelt werden können, dass Patienten sie verstehen und behalten.

Je besser es gelingt, **neues Wissen in vorhandenes Wissen zu implantieren**, desto größer ist die Wahrscheinlichkeit, dass Neues verstanden und behalten wird (Doak et al. 1998). Aus diesem Grund lohnt es sich, bei Patienten, die ein gewisses Vorwissen mitbringen (z.B. Patienten mit operativen Eingriffen in der Vorgeschichte), zunächst herauszufinden, was sie bereits wissen, um die neue Information passgenau in die Matrix des bereits Bekannten einzufügen.

Wir empfehlen, die **Vermittlung von Informationen so genau wie möglich zu strukturieren** und haben dafür den Begriff der Buchmetapher geprägt. Genau so, wie ein Buch seinen Inhalt in bestimmten Abschnitten präsentiert (Titel, Inhaltsverzeichnis, Kapitelüberschriften, Text,

Fallbeispiel

Anwenden der Buchmetapher

[TITEL] „Ich möchte mit Ihnen über den Eingriff morgen sprechen, die Entfernung der Gallenblase

PAUSE.

[INHALTSVERZEICHNIS] Dabei würde ich gerne folgende Punkte besprechen:

1. Warum wir diesen Eingriff machen wollen,
2. Wie genau er ablaufen wird,
3. Was die Risiken des Eingriffs sind,
4. Wie es danach weitergehen wird.“

PAUSE.

Wenn der Patient dieses Vorgehen mit einem Nicken oder einem Okay quittiert, Fortsetzen mit der Wiederholung der ersten Kapitelüberschrift:

[ÜBERSCHRIFT DES ERSTEN KAPITELS] „Also, zum ersten Punkt: Warum wir diesen Eingriff machen wollen: Sie haben ja in letzter Zeit häufiger Gallenkoliken gehabt und wir haben bei Ihnen Gallensteine festgestellt. [TEXT]“, usw.

Anhang), sollte Information auch bei mündlicher Übermittlung gegliedert gegeben werden.

Selbst mit einer klaren Gliederung ist die **Menge an neuen Informationen**, die ein Mensch überhaupt aufnehmen kann, endlich. Cognitive Load Theory geht davon aus, dass

- das Arbeitsgedächtnis mit sieben \pm zwei Informationen umgehen kann,
- weiter bestenfalls zwei bis vier Elemente gleichzeitig bearbeitet werden können (van Merriënboer und Sweller 2010) und
- Informationen nach ca. 20 Sekunden wieder verloren gehen, wenn sie nicht in irgendeiner Form wieder aufgefrischt werden.

► **Für die medizinische Praxis bedeutet dies, dass Patienten, die tatsächlich zum ersten Mal über eine Erkrankung oder einen Eingriff informiert werden, weitaus weniger aufnehmen können, als wir ihnen in der Regel zumuten.**

Als letztes sollte erwähnt werden, dass Ärzte sehr selten **überprüfen, was Patienten verstanden haben**. Die Arbeit von Schillinger et al. (2003) hat gezeigt, dass nur 15 von 124 neuen einzelnen Informationen von Ärzten daraufhin überprüft wurden, ob sie von Patienten auch wirklich verstanden wurden. Acht von 15 Informationen waren korrekt verstanden worden, bei sieben hatten Patienten nicht das verstanden, was die Ärzte ihnen übermitteln wollten.

Hauptsache, er kann operieren?

Es liegt in der Natur der operativen Tätigkeit, dass die (vermutete) technische Kompetenz eines Arztes eine große Rolle spielt, wenn sich der Patient für die Behandlung bei Dr. X im Krankenhaus A entscheidet. Man könnte also abschließend das Thema der Kommunikation in der Chirurgie noch einmal zuspitzen, indem man einem fiktiven Patienten folgende Frage vorlegt: „Von wem würden Sie sich am ehesten operieren lassen: von einem Chirurgen, der sehr gut operiert und sehr schlecht kommuniziert oder von einem Chirurgen, der sehr gut kommuniziert und sehr schlecht operiert?“.

Ansatzweise wurde bei Patientinnen und Patienten mit einem Kolonkarzinom versucht, den Wertekanon „des guten Chirurgen“ beschreiben zu lassen (Salkeld et al. 2005). In der ersten Untersuchung sollen Patienten in Fragebögen angeben, wie wichtig bestimmte Aspekte für die Wahl der Behandlung sind. Diesen Angaben ließen sich bestimmte Faktoren zuordnen. **Vertrauen in den**



Abb. 4 ■ Patienten, die erstmals über eine Erkrankung informiert werden, können weit weniger aufnehmen, als ihnen oft zugemutet wird (Bild: A. Fischer/Thieme Verlagsgruppe).

Chirurgen hat die größte Bedeutung (z. B. Chirurg ist kompetent; erklärt offen und verständlich, was die einzelnen Optionen bedeuten; nimmt sich ausreichend Zeit) und erklärt 14,8% der Varianz. Der zweite Faktor **emotionale Unterstützung** (11,7% erklärte Varianz) bezieht sich vor allem auf die Hilfe aus der eigenen Familie und den Hausarzt.

In der zweiten Untersuchung der gleichen Arbeitsgruppe wird in einem Discrete-Choice-Experiment untersucht, welches relative Gewicht diese Charakteristika haben, wenn Patienten entscheiden können, wo sie sich operieren lassen wollen und von wem. Alternativen werden immer in Paaren angeboten, bei denen man eine bestimmte Auswahl treffen muss. Die Auswahlmöglichkeiten werden in unterschiedlichen Kombinationen angeboten, sodass sich am Ende bei einer ausreichend großen Teilnehmerzahl entscheiden lässt, welches Merkmal sich am häufigsten gegen Alternativen durchsetzt. An einem Alltagsbeispiel lässt sich verdeutlichen, wie dieses Vorgehen funktioniert: Man stelle sich vor, dass die Betreiber einer Pizzeria vor der Entscheidung stehen, welches Merkmal ihres Etablissements sie bei der Werbung in den Vordergrund stellen müssen. Wenn vor allem entscheidend ist, dass der Pizzabäcker aus Sizilien stammt, werden Interessenten in einer Discrete-Choice-Befragung sich immer für dieses Merkmal entscheiden, unabhängig davon, ob das andere Attribut den Koch als dick oder dünn, alt oder jung darstellt, unabhängig davon, ob er als Kunde 15 oder 30 Minuten warten muss, und ob die Pizza sechs oder neun Euro kostet; das Charakteristikum „Pizzabäcker stammt aus Sizilien“ setzt sich immer durch.

Tabelle 2

Merkmale, zwischen denen Patienten wählen konnten.	
Attribut	Niveaus
Ihr Chirurg hat eine spezielle Ausbildung (was sich darin auswirken könnte, dass es weniger Komplikationen gibt)	ja nein
Typ des Krankenhauses, in dem Sie für den Dickdarmkrebs behandelt werden	Akademisches Lehrkrankenhaus Kreiskrankenhaus
Wie der Chirurg spricht und wie er Erklärungen gibt	leicht zu verstehen schwer zu verstehen
Wer letztendlich über Ihre Behandlung entscheidet	Ihr Chirurg ganz alleine Ihr Chirurg (unter Einbezug Ihrer eigenen Meinung) gemeinsame Entscheidungsfindung (zwischen Ihnen und Ihrem Chirurgen) Sie ganz alleine (unter Einbezug der Meinung Ihres Chirurgen)

Tabelle 3

Ergebnisse der Auswahl zwischen Alternativen.		
Attribut	Koeffizient	p-Wert
Ausbildung des Chirurgen	0,83 (0,72–0,93)	< 0,001
Typ des Krankenhauses	0,72 (0,62–0,82)	< 0,001
Wie der Chirurg spricht	0,82 (0,73–0,91)	< 0,001
Art der Entscheidung	0,01 (0,002–0,02)	0,014

Bezogen auf die Untersuchung der Patienten mit Kolonkarzinom zeigt Tab. 2 zwischen welchen Merkmalen Patienten auswählen konnten. Diese Merkmale sind das Resultat der ersten oben zitierten Studie. Die Charakteristika wurden wiederum in verschiedenen Kombinationen angeboten, um herauszufinden, welches Merkmal sich am ehesten durchsetzt.

Die Werte der Koeffizienten in Tab. 3 zeigen an, welches Attribut sich am ehesten durchsetzen kann (Je höher der Koeffizient, desto wichtiger ist diese Eigenschaft).

Wie man sieht, treffen Patienten eine salomonische, aber in der Realität nicht ganz einfach zu realisierende Wahl: **Der ideale Chirurg kann beides: operieren und kommunizieren!** Hoffentlich regt dieser Artikel dazu an, sich auch dem zweiten Merkmal der eigenen beruflichen Kompetenz zuzuwenden.



Quellenangaben

- Blackburn VF, Blackburn AV. Taking a history in aesthetic surgery: SAGA – the surgeon's tool for patient selection. *J Plast Reconstr Aesthet Surg* 2008; 61: 723–729
- Ciechanowski PS et al. Attachment theory in health care: the influence of relationship style on medical student's specialty choice. *Med Education* 2004; 38: 262–270
- Davenport DL, Henderson WG, Mosca CL et al. Risk-adjusted morbidity in teaching hospitals correlates with reported levels of communication and collaboration in surgical teams but not with scale measures of teamwork climate, safety climate, or working conditions. *J Am Coll Surg* 2007; 205: 778–784
- Doak CC, Doak LG, Friedell GH et al. Improving comprehension for cancer patients with low literacy skills: strategies for clinicians. *CA: A Cancer Journal for Clinicians* 1998; 48: 151–162
- Hickson GB, Entman SS. Physician practice behavior and litigation risk: evidence and opportunity. *Clin Obstet Gynecol* 2008; 51: 688–699
- Lassen K et al. Patterns in current perioperative practice: survey of colorectal surgeons in five northern European countries. *Br Med J* 2005; 330: 1420–1421
- Lingard L, Espin S, Whyte S et al. Communication failures in the operating room: an observational classification of recurrent types and effects. *Qual Saf Health Care* 2004; 13: 330–334
- Mazzocco K, Petitti DB, Fong KT. et al. Surgical team behaviors and patient outcomes. *Am J Surg* 2009; 197: 678–685
- McLafferty RB, Williams RG, Lambert AD et al. Surgeon communication behaviors that lead patients to not recommend the surgeon to family members or friends: Analysis and impact. *Surgery* 2006; 140: 616–622; discussion 622–624
- Merkow RP, Ko CY. Evidence-based medicine in surgery: the importance of both experimental and observational study designs. *JAMA* 2011; 306: 436–437
- Rogers D, Lingard L, Boehler ML. Teaching operating room conflict management to surgeons: clarifying the optimal approach. *Med Educ* 2011; 45: 939–945
- Salkeld G, Solomon M, Butow P et al. Discrete-choice experiment to measure patient preferences for the surgical management of colorectal cancer. *Br J Surg* 2005; 92: 742–747
- Salmon P, Mendick N, Young B. Integrative qualitative communication analysis of consultation and patient and practitioner perspectives: towards a theory of authentic caring in clinical relationships. *Patient Educ Couns* 2011; 82: 448–454

- Schillinger D, Piette J, Grumbach K et al. Closing the loop: physician communication with diabetic patients who have low health literacy. *Arch Intern Med* 2003; 163: 83–90
- Tamblyn R, Abrahamowicz M, Dauphinee D et al. Physician scores on a national clinical skills examination as predictors of complaints to medical regulatory authorities. *JAMA* 2007; 298: 993–1001
- van Merriënboer JGG, Sweller J. Cognitive load theory in health professional education: design principles and strategies. *Med Education* 2010; 44: 85–93
- Ward CM. Consenting and consulting for cosmetic surgery. *Br J Plastic Surg* 1998; 51: 547–550
- Wauben LS, Dekker-van Doorn CM, van Wijngaarden JD et al. Discrepant perceptions of communication, teamwork and situation awareness among surgical team members. *Int J Qual Health Care* 2011; 23: 159–166
- Yule S, Flin R, Paterson-Brown S et al. Non-technical skills for surgeons in the operating room: a review of the literature. *Surgery* 2006; 139: 140–149

Zum Vertiefen und Weiterlesen

- Langewitz W. Patientenzentrierte Kommunikation. In: Adler RH, Herzog W, Joraschky P et al., Hrsg. *Uexküll. Psychosomatische Medizin. Theoretische Modelle und klinische Praxis*. 7. Aufl. München: Elsevier, Urban & Fischer; 2011: 338–347

Korrespondenzadresse

Prof. Dr. Wolf Langewitz
 Psychosomatik – Innere Medizin, Universitätsspital Basel
 Hebelstraße 2
 4031 Basel
 Schweiz
 Telefon: + 41 61/265 53 18
 Fax: + 41 61/265 32 28
 E-Mail: wolf.langewitz@usb.ch

CME-Teilnahme

- ▶ Viel Erfolg bei Ihrer CME-Teilnahme unter <http://cme.thieme.de>
- ▶ Bitte informieren Sie sich vorab online über die Gültigkeitsdauer.
- ▶ Sollten Sie Fragen zur Online-Teilnahme haben, unter <http://cme.thieme.de/hilfe> finden Sie eine ausführliche Anleitung.

CME-Fragen

Was ist der häufigste Grund für eine Patientenbeschwerde in den operativen Fächern?

1

- A ein schlechtes Ergebnis des operativen Eingriffs
- B das Eintreten unvorhergesehener Komplikationen
- C unvorhergesehene Schmerzen postoperativ
- D schlechte Kommunikation zwischen Chirurg und Patient
- E eine querulatorische Persönlichkeit des Patienten

Was fällt auf, wenn man die Einschätzungen von Chirurgen, Anästhesisten und OP-Pflegenden in Bezug auf die Qualität der Kommunikation vergleicht?

2

- A Anästhesisten bewerten ihre Arbeit immer besser als andere Berufsgruppen.
- B Chirurgen sind sehr viel selbstkritischer als andere Berufsgruppen.
- C Chirurgen haben vor allem Probleme im Bereich des Debriefing.
- D Chirurgen sind mit der Teamkommunikation im Allgemeinen sehr zufrieden.
- E OP-Pflegende stellen häufiger als Chirurgen fest, dass der Chirurg sich vergewissert, dass alle Teammitglieder bereit sind.

Welche Aussage ist falsch? Es gibt Anhaltspunkte dafür, dass Studierende, die sich später für eine chirurgische Laufbahn entscheiden, eher

3

- A an technischen Fragen interessiert sind als an Gesprächen.
- B unsicher sind, was die Zuverlässigkeit und das Wohlwollen in ihren Beziehungen zu anderen Menschen betrifft.
- C bereit sind, sich in einer Lernumgebung zu qualifizieren, in der Autorität eine positive Rolle spielt.
- D körperlich besonders robust sind.
- E eher entscheidungsfreudig als entscheidungsvermeidend sind.

Was prägt die chirurgische Praxis eines Facharztes besonders im Vergleich zu konservativen Fächern nicht?

4

- A technische Fertigkeiten
- B klinische Erfahrung
- C Begründung konkreten Vorgehens mit evidenzbasierten Daten
- D der eigenen Weiter- und Fortbildung innerhalb einer bestimmten Tradition
- E fachliche Autorität

Welche Aspekte beinhaltet die sogenannte patientenzentrierte Kommunikation?

5

- A Der Patient übernimmt die Führung im Arzt-Patienten-Gespräch.
- B Der Patient weiß am besten, wie ihm zu helfen ist.
- C Der Arzt definiert die Ziele der Behandlung.
- D Der Arzt kommuniziert so, dass der Patient seine eigene Sichtweise von der Erkrankung einbringen kann.
- E Der Patient steht im Mittelpunkt der ärztlichen Bemühungen.

Welchen Aspekt beinhaltet der Begriff der expliziten Struktur in einem Gespräch nicht?

6

- A Angaben zur Zeitdauer des Gesprächs
- B Angaben zum beruflichen Hintergrund des Arztes
- C Klärung der Punkte, die in der aktuellen Konsultation besprochen werden
- D Angaben zur Funktion des Arztes, der das Gespräch führt
- E expliziter Wechsel zwischen verschiedenen Phasen der Anamnese

Welche Technik beinhaltet das Akronym WWSZ nicht?

7

- A Wiederholen
- B Zusammenfassen
- C Spiegeln
- D Warten
- E Zeitgrenzen

Wie viele Informationen können sich durchschnittlich begabte Menschen beim Aufnehmen von neuen Informationen merken?

8

- A 5–9
- B 8–11
- C 3–5
- D 10–13
- E 10–15

Welche der folgenden Aussagen ist richtig?

9

- A Ein gutes ärztliches Gespräch dauert immer mindestens zehn Minuten.
- B Es ist im Sinne einer modernen Medizin, dass der Patient die Gesprächsführung innehat.
- C Patienten erhalten auf der Visite bereits jetzt mehr Informationen, als sie behalten können.
- D Das wichtigste Qualitätsmerkmal guter Informationsvermittlung ist das Vermeiden von Jargon.
- E Patienten finden Kommunikationsfertigkeiten weniger wichtig als technische Perfektion.

Welche der folgenden Einleitungen zur Erklärung eines Eingriffs folgt den Regeln der Buchmetapher?

10

- A Ich möchte heute mit Ihnen über den Eingriff morgen sprechen. Das Wichtigste, was Sie sich merken müssen, ist, dass eigentlich nichts passieren kann. Das ist ein Routineeingriff, den wir mehrmals pro Woche durchführen.
- B Morgen haben Sie ja diese ... Das machen wir in Lokalanästhesie, Sie bekommen noch etwas zur Beruhigung, heute Abend die erste Tablette und morgen früh die nächste.
- C Ich möchte mit Ihnen über den Eingriff morgen früh sprechen. Ich würde gerne drei Punkte mit Ihnen klären: Warum wir diesen Eingriff machen, wie genau wir vorgehen und was dabei theoretisch passieren könnte.
- D Guten Tag, ich heiße ... Ich bin der Chirurg, der Sie morgen operieren wird. Hatten Sie denn schon mal eine Operation, oder ist das der erste operative Eingriff in Ihrem Leben?
- E Guten Tag, Frau ... Sie sind ja ein bisschen blass um die Nase! Haben Sie Angst wegen dem Eingriff morgen?