

Ärztliche Gesprächsführung in der medizinischen Aus- und Weiterbildung

Das Nationale longitudinale Mustercurriculum Kommunikation

J. Jünger¹; A. Mutschler¹; K. Kröll¹; C. Weiss¹; E. Fellmer-Drügg¹; V. Köllner²; N. Ringel¹

¹Universitätsklinikum Heidelberg, Abteilung Innere Medizin II Psychosomatik; ²Fachklinik für Psychosomatische Medizin, MediClin Bliestal Kliniken, Bliestal

Schlüsselwörter

Medizinische Ausbildung, Arzt-Patienten-Beziehung, Arzt-Patient-Kommunikation, ärztliche Gesprächsführung, Nationales longitudinales Mustercurriculum Kommunikation

Zusammenfassung

Eine gute ärztliche Gesprächsführung erfordert von Ärztinnen und Ärzten eine hohe kommunikative Kompetenz. Erlernt wird sie am besten mit anwendungsnahen, fachdisziplinären Praxisbeispielen aus dem ärztlichen Berufsalltag. Dieser Artikel ist Auftakt einer Serie, wie die Arzt-Patienten-Kommunikation in der medizinischen Aus- und Weiterbildung erfolgreich gelehrt und trainiert werden kann. Um dies zu erreichen, arbeiten im Nationalen longitudinalen Mustercurriculum Kommunikation mehr als 500 Dozenten aus allen Fakultäten zusammen.

Keywords

Medical education, patient-physician-interaction, patient-physician-communication, medical conversation techniques, national longitudinal exemplary communication skills curriculum

Summary

All physicians need communicative competences. Preferably, they can be learned with application-related, specialized practical examples of the medical everyday professional life. This article is the start to a series, that illustrates, how patient-physician-communication can be taught and trained successfully in medical education and advanced training. To achieve this, more than 500 teachers from all faculties work together to develop the national, longitudinal exemplary communication skills curriculum.

Korrespondenzadresse

Prof. Dr. med. Jana Jünger
Medizinische Universitätsklinik
Klinik für Allgemeine Innere Medizin und Psychosomatik
Im Neuenheimer Feld 410, 69120 Heidelberg
Tel.: 06221/568657
E-Mail: jana.juenger@med.uni-heidelberg.de

Dialogue management in the medical undergraduate education and further education – the national, longitudinal exemplary communication skills curriculum

Med Welt 2015; 66: 189–192

Herr Becker sitzt im Untersuchungsraum. Voller Angst wartet er auf den Arzt. Angespannt und unruhig bewegt er seine Hände. Was der Arzt wohl gleich zu ihm sagt? Wird hoffentlich alles gut werden und seine Gewebeprobe nur eine Entzündung zeigen? Die Zeit mag nicht vergehen. Jede Minute kommt ihm vor wie eine Stunde. Endlich kommt der Arzt ins Zimmer und schüttelt ihm die Hand: „Herr Becker, ich muss Ihnen leider mitteilen, dass Sie Krebs

haben.“ Herr Becker schluckt schwer. Die Diagnose ist für ihn ein Schlag ins Gesicht: Erst vor vier Monaten hatte er ein Haus gekauft. Letztes Jahr hatte er geheiratet und voller Freude vernahm er vor einigen Wochen die Botschaft, dass seine Frau schwanger war. Lange hatten sie es versucht. Es soll ein Mädchen werden. Für Herrn Becker bricht eine Welt zusammen. Die Diagnose lässt ihn verstummen. Schon fährt der Arzt fort: „Heutzutage gibt es da

gute Behandlungsmöglichkeiten. Sie bekommen eine Chemotherapie. Die Behandlung wird in 12 Zyklen durchgeführt. Als Nebenwirkungen kann es Ihnen dabei manchmal schlecht werden. Aber das müssen Sie auf jeden Fall in Kauf nehmen, da die Vorteile dieser Methode überwiegen.“

Gute Kommunikation ist wichtig

Dieser Gesprächssituation ist ein Beispiel für eine misslungene Gesprächsführung: Überwältigt von seinen Gefühlen kann Herr Becker dem Arzt kaum zuhören. Der Arzt wartet hier jedoch nicht ab, sondern geht über die Emotionen des Patienten hinweg und gibt Herrn Becker keinerlei Freiraum, um die Diagnose und ihre Bedeutung für sein Leben zu verstehen. Erst danach ist es angemessen gemeinsam eine Therapieentscheidung zu treffen. Leider gehören solche Arzt-Patienten-Gespräche noch immer zur Realität des ärztlichen Berufsalltags (1–5). Dabei ist das gesprochene Wort das wichtigste Instrument des Arztes. Bis zu 200 000 Dialoge muss er in seinem Berufsleben mit Patienten führen (6).

Patienten erwarten von den Ärzten, dass sie sich für ihre Ängste, Erwartungen, gesundheitlichen Beschwerden und den Therapieverlauf interessieren. Sie möchten heute in den meisten Fällen umfassende Informationen über ihre Erkrankung und deren Behandlung. Sie wollen bei medizinischen Entscheidungen miteinbezogen werden (7). Ein gutes Gespräch ist die Basis für eine gelungene Beziehung zwischen Arzt und Patient und gehört zum professionellen Handeln von Ärzten. Reden Arzt und Patient aneinander vorbei, so leidet die

Beziehungsqualität. Mögliche Folgen sind niedrige Therapietreue (8), Fehlbehandlungen (9), Klagen gegen Ärzte (10) aber auch eine Verschlechterung des ärztlichen Gesundheitszustandes (z. B. emotionale Belastung (11), Burn-out (12)). Eine empathische, patientenorientierte Gesprächsführung schafft hingegen Vertrauen, fördert die Kooperationsbereitschaft (8) und beeinflusst damit maßgeblich den Behandlungserfolg, die Zufriedenheit (13) und Gesundheit der Patienten (14–17). Bausteine eines guten Arzt-Patienten-Gesprächs sind im ► Kasten zu sehen.

Vermittlung ärztlicher Gesprächsführung in der medizinischen Ausbildung

In den letzten Jahren gab es daher viele Initiativen, die Arzt-Patienten-Kommunikation in der medizinischen Ausbildung fest zu etablieren. Schon seit Jahrzehnten haben engagierte Kollegen ärztliche Gesprächsführung an den meisten deutschen Fakultäten gelehrt (20, 21). Wie eine Erhebung im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit ergeben hat, waren die Lehrveranstaltungen jedoch zu theoretisch, heterogen und insgesamt unterrepräsentiert (22). An vielen Fakultäten griffen die Studierenden zusätzlich zur Selbsthilfe mit selbstorganisierten Lehrveranstaltungen wie den Anamnesegruppen (23). Erst im Mai 2012 wurde die Bedeutung der Arzt-Patienten-Kommunikation auch von der Politik in der Novellierung der ärztlichen Approbationsordnung umgesetzt: Die ärztliche Gesprächsführung ist seitdem Gegenstand und Inhalt der abschließenden Staatsprüfung (24).

Durch die Änderung der Approbationsordnung müssen die Medizinischen Fakultäten kommunikative Lernziele und Kompetenzen in ihre Ausbildungscurricula und Prüfungen integrieren. Mit der Entwicklung und dem Aufbau solcher Lehrpläne sind jedoch organisatorische, planerische, personelle und finanzielle Herausforderungen verbunden (25).

Das Projekt „Nationales longitudinales Mustercurriculum Kommunikation“ möchte die medizinischen Fakultäten darin unterstützen. Gefördert durch das Bundesminis-

terium für Gesundheit, hat es zum Ziel die vorhandenen Ressourcen zu bündeln und die Ärztliche Gesprächsführung in die Curricula zu integrieren. Seit 2012 arbeiten im Projekt über 500 Vertreter aus allen Medizinischen Fakultäten zusammen und werden von einem hochkarätig besetzten Beirat sowie einem gemeinsamen Ausschuss von Vertretern der Fachgesellschaften begleitet.

Für die Entwicklung des Mustercurriculums Kommunikation findet momentan an den Medizinischen Fakultäten Deutschlands eine Ist-Stand-Erhebung zu den inhaltlichen und strukturellen Merkmalen der Lehrveranstaltungen und Prüfungen statt. Unter Berücksichtigung der im „Nationalen Kompetenzbasierten Lernzielkata-

log Medizin“ (NKLM) gesetzten Lernziele können hierdurch Lücken identifiziert und gezielt gefüllt werden. Der NKLM dient den deutschen medizinischen Fakultäten als Referenzrahmen für die medizinische Ausbildung. Im Auftrag des „Medizinischen Fakultätentages“ (MFT) wird er seit 2009 mit dem Ziel erarbeitet, die unterschiedlichen Kompetenzen und Rollen von Ärzten widerzugeben, denen sie in ihrem beruflichen Alltag gerecht werden müssen. Die Lernziele zur Kommunikation sind dabei im Arbeitspaket „Ärztliche Gesprächsführung“ enthalten.

Parallel zur Ist-Stand-Analyse werden aus allen medizinischen Fakultäten Best Practice Beispiele gesammelt. Sie werden

Tipps

Gute ärztliche Gesprächsführung

Begrüßungsphase

- Seien Sie freundlich, empathisch, authentisch und dem Patienten zugewandt
- Nennen Sie dem Patienten Ihren Namen und Ihre Funktion

Übergeben Sie dem Patienten zu Beginn die Gesprächsführung

- Lassen Sie den Patienten nach der Eröffnungsfrage sprechen und übergeben ihm die Gesprächsführung
- Warten Sie, ob der Patient nach einer Pause in seinen Äußerungen fortfährt
- Wiederholen Sie einzelne Worte, die der Patient gerade benutzt hat, um seinen Redefluss zu unterstützen
- Spiegeln Sie dem Patient zurück, zu welchem Thema er sich gerade geäußert hat
- Fassen Sie das Gesagte in Ihren eigenen Worten zusammen und kündigen die Zusammenfassung an

Gesprächsrahmen festlegen

- Strukturieren Sie das Gespräch (z. B. Hinweis auf Zeitgrenzen)
- Erarbeiten Sie mit dem Patienten eine Agenda. Teilen Sie dem Patienten mit, welche Punkte Sie heute ansprechen möchten
- Kündigen Sie Themenübergänge oder Übergänge im Gesprächsstil an

Aufnehmen von Emotionen

- Greifen Sie Emotionen angemessen auf
- Sprechen Sie offen geäußerte Gefühle explizit an und zeigen Sie dafür Verständnis
- Vermitteln Sie dem Patienten, dass seine Gefühle und der Umgang mit seinen Gefühlen Respekt verdient
- Bieten Sie dem Patienten Unterstützung beim Umgang mit den belastenden Emotionen an
- Sprechen Sie uneindeutige oder nicht nachvollziehbare Emotionen an und versuchen Sie diese zu explorieren

Vermitteln von Informationen

- Geben Sie nur so viele Informationen, wie der Patient momentan aufnehmen kann
- Vermitteln Sie die Informationen in einer Sprache, die der Patient versteht
- Gliedern Sie komplexe Informationen in Abschnitte
- Fragen Sie nach, ob der Patient es verstanden hat

Schlussevaluation

- Fassen Sie das Gespräch nochmals kurz zusammen und
- Legen Sie noch offene Punkte fest
- Besprechen Sie/ Erarbeiten Sie gemeinsam eine Agenda für die nächste Begegnung (nach 18 und 19)

nach den Lernzielen des NKLM kategorisiert und klassifiziert und können unter den Dozenten ausgetauscht werden.

Das Mustercurriculum wird zunächst paradigmatisch für den Bereich der Onkologie vertieft ausgearbeitet, da insbesondere Krebserkrankungen sowohl von Ärzten als auch von Studierenden hohe kommunikative Kompetenzen fordern. Da aber auch die Lehrenden gut auf den neuen Kommunikationsunterricht vorbereitet werden müssen, werden parallel dazu auch Konzepte für Tutoren- und Dozentenschulungen entwickelt. Ziel ist es, bis 2017 das Mustercurriculum Kommunikation erfolgreich in die Lehre umgesetzt zu haben. Die bisherige Zusammenarbeit verlief sehr erfolgreich und die zahlreichen positiven Rückmeldungen zeigen, wie bedeutend die Entwicklung eines Mustercurriculums Kommunikation für die gute medizinische Aus- und Weiterbildung von Ärzten ist.

Voneinander lernen: Best Practice Beispiele gemeinsam sammeln und austauschen

Wie kann man aber nun als Dozent kommunikative Fähig- und Fertigkeiten in der medizinischen Ausbildung erfolgreich lehren, prüfen und später im Berufsalltag weiter fördern? Wie sensibilisiert man Ärzte auch vor dem Hintergrund fachdisziplinärer Kommunikationsunterschiede? Denn je nach Situation müssen sie ihre Kommunikation angemessen gestalten.

Dass kommunikative Kompetenzen allgemein erlernt werden können, steht außer Frage (26). Um jedoch eine nachhaltige Ausbildung zu gewährleisten, müssen während der Lernprozesse alle Lernkanäle, also „Sehen, Hören und Handeln“ angesprochen werden (27). Best Practice Beispiele sind gerade hierfür sehr geeignete Lehr- und Prü-

fungsmaterialien. Sie geben den Lernenden die Möglichkeit, sich aktiv mit dem Lernstoff in der Gruppe auseinandersetzen. Das Lehren und Lernen von ärztlicher Gesprächsführung ist meist sehr ressourcenintensiv und erfordert viel Vorbereitungsaufwand. Um den Dozenten die Integration in das Curriculum zu erleichtern, werden im Rahmen des Mustercurriculums Kommunikation solche Beispiele aus allen medizinischen Fakultäten in einer gemeinsamen „Toolbox“ gesammelt. Jedes Best Practice Beispiel ist einem oder mehreren Fachbereichen zugeordnet und dokumentiert einen medizinischen Fall mit Anwendungsbeispiel aus dem ärztlichen Berufsalltag. Durch diese fachdisziplinäre Ausrichtung werden die Ärzte auch für spezifisch herausfordernde Gesprächssituationen gut trainiert. Die Beispiele werden nach den Lernzielen zur ärztlichen Gesprächsführung des „Nationalen Kompetenzbasierten

Anzeige

Literaturtipps

- Jünger J, Köllner V. Integration eines Kommunikationstrainings in die klinische Lehre. Beispiele aus den Reformstudiengängen der Universitäten Heidelberg und Dresden. *PPmP* 2003; 53(2): 56–64.
- Jünger J et al. Effects of basic clinical skills training on objective structured clinical examination performance. *Med Educ* 2005; 39(10): 1015–1020.
- Jünger J, Kröll K, Gornostayeva M. Entwicklung und Förderung der ärztlichen Schlüsselkompetenz Kommunikation – Ein aktueller Überblick mit Beispielen aus Unterricht und Lehre der Medizinischen Fakultät Heidelberg. In: Heyse V, Giger M (Hrsg.). *Erfolgreich in die Zukunft: Schlüsselkompetenzen in Gesundheitsberufen Konzepte und Praxismodelle für die Aus-, Weiter- und Fortbildung in Deutschland, Österreich und der Schweiz*. Heidelberg: medhochzwei Verlag 2015; 101–22.
- Sator M, Jünger J. Von der Insellösung zum Longitudinalen Kommunikationscurriculum – Entwicklung und Implementierung am Beispiel der Medizinischen Fakultät Heidelberg. *PPmP Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie* 2015; 65(05): 191–8.
- Sator M, Juenger J. Was führt Sie zu mir? Kommunikation als Lernziel im Medizinstudium. Frankfurt am Main: Dr med Mabuse 2014; 211.
- Langewitz W, Laederach K, Buddeberg C. Ärztliche Gesprächsführung. In: Buddeberg C (Hrsg.). *Psychosoziale Medizin*. Heidelberg: Springer Verlag 2004; 373–407.
- Emmerling P, Dutta G. *Ärztliche Kommunikation: Als Erstes heile mit dem Wort*. Stuttgart: Schattauer 2015.

Lernzielkataloges Medizin“ (NKLM) kategorisiert und klassifiziert. Außerdem werden Lehrinhalt, Lehrmethode, -materialien und -dauer sowie die fachliche Expertise des Dozenten (bzw. die Prüfungsformate und -materialien) definiert und festgesetzt.

Bislang liegen 130 Best Practice Beispiele aus 29 Fakultäten vor. In Zukunft kön-

nen die Dozenten über die Online-Plattform „medtalk“ ihre Best Practice Beispiele zum Thema ärztliche Gesprächsführung in der „Toolbox“ zur Verfügung stellen und untereinander austauschen (www.medtalk-education.de). Dadurch werden die Lehrbeauftragten stärker vernetzt, vorhandene Ressourcen gebündelt und die Qualität im Bereich der ärztlichen Gesprächsführung vereinheitlicht und erhöht.

In den nächsten Ausgaben werden verschiedene Best Practice Beispiele aus unterschiedlichen Fachdisziplinen anwendungsnah vorgestellt. Sie haben sich in der medizinischen Lehre und Prüfung bewährt und geben einen guten Einblick, wie Kommunikationskompetenzen für ein gutes Arzt-Patienten-Gespräch praxisnah trainiert werden können.

Literatur

1. Kleeberg UR et al. Patient satisfaction and quality of life in cancer outpatients: results of the PASQ-OC study. *Supportive care in cancer. Official journal of the Multinational Association of Supportive Care in Cancer* 2005; 13(5): 303–310.
2. Langewitz W et al. Kommunikation ist wesentlich – Defizite der Betreuung im Krankenhaus aus der Sicht von Patienten und Patientinnen. *Psychother Psych Med* 2002; 52: 348–354.
3. Kiesler DJ, Auerbach SM. Optimal matches of patient preferences for information, decision-making and interpersonal behavior: evidence, models and interventions. *Patient education and counseling* 2006; 61(3): 319–341.
4. Maguire P. Improving communication with cancer patients. *European journal of cancer* 1999; 35(14): 2058–2065.
5. Hack TF, Degner LF, Parker PA. The communication goals and needs of cancer patients: a review. *Psycho-Oncology* 2005; 14(10): 831–845.
6. Stein R. Gespräch in der Sprechstunde vernachlässigt. *Frankfurter Allgemeine Zeitung* 284.
7. Faller H. Patient-centered communication in the physician-patient relationship. *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz* 2012; 55(9): 1106–1112.
8. Kerse N. Physician-Patient Relationship and Medication Compliance: A Primary Care Investigation. *Annals of Family Medicine* 2004; 2(5): 455–61.
9. Chen RC, Clark JA, Manola J, Talcott JA. Treatment 'mismatch' in early prostate cancer – Do treatment choices take patient quality of life into account? *Cancer* 2008; 112(1): 61–68.
10. Tamblyn R et al. Physician Scores on a National Clinical Skills Examination as Predictors of Complaints to Medical Regulatory Authorities. *JAMA* 2007; 298(9): 993–1001.
11. Graham J, Potts HW, Ramirez AJ. Stress and burnout in doctors. *Lancet* 2002; 360(9349): 1975–6.
12. Travado L et al. Physician-patient communication among Southern European cancer physicians: the influence of psychosocial orientation and burnout. *Psycho-Oncology* 2005; 14(8): 661–670.
13. Venetis MK et al. An evidence base for patient-centered cancer care: A meta-analysis of studies of observed communication between cancer specialists and their patients. *Patient education and counseling* 2009; 77(3): 379–383.
14. Brown RF et al. Promoting patient participation and shortening cancer consultations: a randomised trial. *British journal of cancer* 2001; 85(9): 1273–9.
15. Alamo MM et al. Evaluation of a patient-centred approach in generalized musculoskeletal chronic pain/fibromyalgia patients in primary care. *Patient education and counseling* 2002; 48(1): 23–31.
16. Chassany O et al. Effects of training on general practitioners' management of pain in osteoarthritis: a randomized multicenter study. *The Journal of rheumatology* 2006; 33(9): 1827–1834.
17. Del Canale S et al. The relationship between physician empathy and disease complications: an empirical study of primary care physicians and their diabetic patients in Parma, Italy. *Academic medicine: Journal of the Association of American Medical Colleges* 2012; 87(9): 1243–9.
18. Langewitz W, Laederach K, Buddeberg C. *Ärztliche Gesprächsführung*. In: Buddeberg C (Hrsg.) *Psychosoziale Medizin*. Heidelberg: Springer Verlag 2004; 373–407.
19. *Wissenschaften SAdM. Kommunikation im medizinischen Alltag - Ein Leitfaden für die Praxis*. Basel: Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften 2013
20. Jünger J, Köllner V. Integration eines Kommunikationstrainings in die klinische Lehre. Beispiele aus den Reformstudiengängen der Universitäten Heidelberg und Dresden. *PPmP* 2003; 53(2): 56–64.
21. Sator M, Jünger J. Von der Insellösung zum Longitudinalen Kommunikationscurriculum – Entwicklung und Implementierung am Beispiel der Medizinischen Fakultät Heidelberg. *PPmP* 2015; 65(05): 191–198.
22. Weis J, Spieser A, Kloepper C. Abschlussbericht „Ist – Analyse der Vermittlung kommunikativer Kompetenzen in der ärztlichen und pflegerischen Aus-, Fort- und Weiterbildung“. *Nationaler Krebsplan (Handlungsfeld 4, Ziel 12a)* 2012.
23. Wunder N, Barnik S, Müller A-K, Köllner V. Anamnesegruppen mit studentischen TutorInnen als Basis eines longitudinalen Curriculums Arzt-Patient-Kommunikation. *Jahrestagung der Gesellschaft für Medizinische Ausbildung (GMA)*. Bochum 2010. Düsseldorf: German Medical Science GMS Publishing House 2010.
24. Bundesrat. Beschluss des Bundesrates. Erste Verordnung zur Änderung der Approbationsordnung für Ärzte. Drucksache 238/12 (Beschluss). 11.05.2012.
25. Silverman J. Teaching clinical communication: a mainstream activity or just a minority sport? *Patient education and counseling* 2009; 76(3): 361–7.
26. Dwamena F et al. Interventions for providers to promote a patient-centred approach in clinical consultations. *The Cochrane database of systematic reviews* 2012; 12: Cd003267.
27. Kossak H-C. *Lernen leicht gemacht. Gut vorbereitet und ohne Prüfungsangst zum Erfolg*. Heidelberg: Carl-Auer-Systeme 2006.