

Fakten zur Bedeutung der Arzt-Patient-Kommunikation

Josef W. Egger

Im September 2007 wurden die Ergebnisse einer groß angelegten Studie (Journal of the American Medical Association/ JAMA 2007; 298: 993–1001) mit folgenden Worten publik gemacht:

„*Kommunikative Fähigkeiten vermeiden Patientenbeschwerden – Kommunikation ist ein wichtiger Bestandteil der ärztlichen Kunst. Wer im Studium den Umgang mit dem Patienten nicht gelernt hat, sieht sich im späteren Berufsleben häufiger mit Patientenbeschwerden konfrontiert* (tme/aerzteblatt.de).

In Kanada müssen Studierende der Medizin seit 1993 im klinischen Teil der Ausbildung eine „*Kommunikationsprüfung*“ absolvieren. In einer „*clinical skills examination*“ (CSE, ähnlich dem OSCE in der neuen Diplomstudienordnung Humanmedizin in Österreich) müssen sich die angehenden Mediziner in drei bis vier ärztlichen Alltagssituationen bewähren. Thema der *Arzt-Patienten-Gespräche* sind – nach Anamnese und körperlicher Untersuchung – beispielsweise die Diskussion über die Fortsetzung einer Therapie bei einer terminalen Erkrankung oder die Beratung von Jugendlichen zu den Möglichkeiten der Empfängniskontrolle.

Zu einer schlechten Bewertung in dieser Überprüfung der kommunikativen Fertigkeiten führt dabei, wenn die Studierenden die Nachfragen der Patienten ignorieren, sie herablassend behandeln oder gar beschimpfen. Schließlich müssen die Studierenden in einem schriftlichen Test zeigen, dass sie die medizinischen Probleme der Patienten erfasst haben und anderen Kollegen mitteilen können. Ein ähnlicher Test, der USMLE Step2CS, gehört seit 2004 auch in den USA zum Medizin-Curriculum. Diese Prüfungen sind zeitaufwendig und daher umstritten – aber sie sagen einiges über die späteren kommunikativen Fertigkeiten der Ärzte im Beruf aus.

Robyn Tamblyn von der McGill-Universität in Montreal hat die CSE-Ergebnisse der ersten Mediziner, die diesen Test in Ontario und Quebec 1993 bis 1996 im Studium absolvierten, mit den späteren Patientenbeschwerden (bis 2005) in Beziehung gesetzt. Patientenbeschwerden sind in Kanada keineswegs selten. Auf 3.434 Ärzte kamen 1.116 Beschwerden (4,8 Beschwerden pro 100 Behandlungsjahre), die in mehr als der Hälfte der Fälle von den Ärztekammern auch als berechtigt eingestuft wurden. Sie zogen Verwarnungen nach sich, führten aber bisher nicht zum Verlust der Zulassung. Die *Beschwerden* betrafen häufiger das kommunikative Verhalten (etwa: rüdes oder beleidigendes Auftreten gegenüber dem Patienten) und andere Kommunikationsdefizite des Arztes als echte Fehler in Diagnostik, Behandlung oder Nachsorge.

Tamblyn kann mit dieser Studie zeigen, dass Ärzte mit den

schlechtesten Noten im CSE-Test im späteren Berufsleben die meisten Patientenbeschwerden auf sich zogen. Eine um 2 Standardabweichungen schlechtere Kommunikationsfähigkeit erhöhte die Zahl der Patientenbeschwerden um 38 % (oder um 1,17 zusätzliche Beschwerden pro 100 Behandlungsjahre), was nach Ansicht der Editorialisten Gregory Makoul und Raymond Curry von der Feinberg School of Medicine in Chicago den Aufwand rechtfertigt, der in Kanada und jetzt auch in den USA mit der CSE (oder USMLE Step 2) betrieben werde.“

Fasst man die Gesamtheit der *empirischen Daten zur Arzt-Patient-Kommunikation* zusammen (vgl. Faller & Lang 2006), so ergibt sich folgendes Bild:

Informationsbedürfnis

Gesichert ist, dass Patienten unserer Tage und in unserem Kulturkreis generell ein *stark ausgeprägtes Informationsbedürfnis* besitzen. Eine große Zahl von Untersuchungen mit Krebskranken hat beispielsweise gezeigt, dass zwischen 80 % und 95 % der Patienten über ihre Erkrankung, deren Behandlung und Prognose möglichst vollständig informiert werden wollen. Das ergibt eine dramatische Änderung in Richtung Aufklärungsdruck im Vergleich zu den Daten von vor 30–50 Jahren.

Funktionen der Kommunikation

Die *Kommunikation* mit dem Patienten ist das *wichtigste Handwerkszeug* des Arztes. Überprüfungen ergeben, dass etwa 50 % aller Diagnosen allein auf Grund derjenigen Information gestellt werden können, die der Arzt bei einer sorgfältigen Erhebung der Anamnese gewinnt. Ca. 80 % der Diagnosen stehen schließlich nach Anamneseerhebung plus körperlicher Untersuchung fest. Nur für den Rest von ca. 20 % braucht es weiter reichende (oftmals aufwändigere) Untersuchungen.

Erkennen von Patienten-Anliegen und Mitwirkung bei Entscheidungen

Patienten können laut empirischen Studien im ärztlichen Gespräch eher selten ihr Anliegen vorbringen: Ungefähr 50 % der Patientenprobleme werden entweder nicht geäußert oder vom Arzt nicht aufgegriffen. Vielen Ärzten scheint es schwer zu fallen einzuschätzen, wie stark Patienten bei medizinischen Entscheidungen mitwirken wollen. Manche Kranke werden deshalb stärker, andere hingegen weniger stark in den Ent-

scheidungsprozess einbezogen, als sie es selbst wollen. Hier ist es wichtig, den Patienten zuerst danach zu fragen, wie sehr er an derartigen Entscheidungen beteiligt werden will.

Patientenerwartungen und positive Allgemeinwirkungen durch professionelles Gesprächsverhalten

Unerfüllte Erwartungen betreffen am häufigsten *diagnostische* und *prognostische Informationen*. Wenn Patienten hingegen diese Information erhalten, reagieren sie überwiegend mit Symptomabschwächung und verbessertem Funktionszustand. Generell gilt, dass Patienten, deren Erwartungen erfüllt werden, weniger Sorgen und größere Zufriedenheit zum Ausdruck bringen. Ein *Gesprächsverhalten*, das es dem Patienten erleichtert, seine Fragen, Erwartungen und Befürchtungen zu äußern und sowohl die gewünschte Information als auch eine emotionale Unterstützung zu erhalten, hat nachweislich günstige Auswirkungen in vielen Bereichen: Es führt zur Verbesserung des Gesundheitszustandes, zur Symptomverminderung, zur verbesserten Schmerzkontrolle, zu besserem Funktionszustand und besseren physiologischen Ergebnissen z. B. bei der Blutdruck- oder Blutzuckereinstellung.

Problem Compliance

Die Compliance beträgt im Durchschnitt 50 %, d. h., nur die Hälfte der Patienten nimmt ihre Medikamente wie vom Arzt verordnet ein oder folgt den Empfehlungen zur Änderung von Verhaltensrisikofaktoren bzw. von Lebensstilaspekten.

Recht des Patienten auf Information, Vertrauen und Non-Compliance

Inzwischen gilt es in den meisten Ländern der westlichen Welt als Recht des Patienten, über seine Krankheit informiert zu werden. Diese Veränderung der Rechtsnorm ist auch psychologisch begründbar: Nur wenn der Patient möglichst vollständig Bescheid weiß, kann er sich mit den Konsequenzen seiner Erkrankung auseinandersetzen, an relevanten Entscheidungen teilhaben und eine angemessene Mitarbeit an seiner Behandlung erbringen. Mangelnde Offenheit hingegen unterminiert das Vertrauen in der Arzt-Patient-Beziehung, verhindert die Beteiligung des Patienten an Therapieentscheidungen und erhöht die Gefahr von Non-Compliance. Deshalb gilt es inzwischen als neuer Standard, Patienten soweit wie möglich über ihre Krankheit zu informieren.

Bringing bad news

Das wichtigste Prinzip des *Aufklärungsgesprächs* ist es, nicht „mit der Tür ins Haus zu fallen“. Die Informationsvermittlung sollte vielmehr schrittweise und im Dialog erfolgen. Man orientiert sich dabei an der Aufnahmebereitschaft des Patienten, und zwar sowohl in intellektueller Hinsicht: „Hat er die mitgeteilte Information überhaupt verstanden?“ als auch in emotionaler Hinsicht: „Hat er die Tragweite der Information gefühlsmäßig an sich herankommen lassen?“ Aufklärung wird nicht als ein einmaliger Vorgang sondern als ein Prozess betrachtet, der auch die vielen Abwehr- und Bewältigungsformen der Patienten mit einbezieht.

Rechtliche Folgen unzureichender Aufklärung

Wie die Auswertungen der Ombuds-Einrichtungen zeigen, ist eine unzureichende Aufklärung über die Risiken (z. B. einer Operation) häufiger Anlass für einen Kunstfehlerprozess. Juristisch gesehen stellt eine Behandlungsmaßnahme, in die der Patient aufgrund unzureichender Information nicht rechtsgültig einwilligte, eine Körperverletzung dar.

Krankheitsverständnis und Somatoforme Störungen

Besonders schädlich sind übermäßige Verordnungen bei Patienten mit *körperlichen Beschwerden ohne ausreichend erklärbare organische Begründung* („Somatisierung“). Führt der Arzt bei diesen Patienten auch nach ausreichender Abklärung immer wieder diagnostische Abklärungsschritte durch, so vermittelt er damit ungewollt dem Patienten den Eindruck, dass er sich seiner Sache nicht sicher ist und vielleicht doch eine organische Krankheit hinter den Beschwerden steckt. Hier ist eine Auseinandersetzung mit dem Krankheitsverständnis erforderlich, dass es sich um Störungen auf der funktionellen Ebene handelt, deren Begründung auch in einem Wechselspiel zwischen körperlichen, psychischen oder öko-sozialen Wirkfaktoren liegen können.

Fazit: Die Bedeutung medizinpsychologischer Lehrveranstaltungen in den aktuellen Studienordnungen der Humanmedizin ist kaum zu überschätzen. Es bedarf allerdings anhaltender Bemühungen der Lehrenden, den Studierenden die Veränderung von einer bisher dominierenden biomedizinischen zu einer zukünftig biopsychosozialen Medizin nahe zu bringen und aufseiten der Lernenden konkrete Verbesserungen der „soft skills“ zu erreichen, wie diese im Arzt-Patienten-Kontakt und insbesondere in der professionellen ärztlichen Gesprächsführung gebraucht werden (s. dazu den Beitrag von Frischenschlager und Pucher-Matzner in diesem Heft). An der Medizinischen Universität Graz sind dies im wesentlichen die Seminare des tracks „Kommunikation, Supervision, Reflexion“ (Egger et al 2007), in denen die Studierenden diese Fertigkeiten trainieren, um im internationalen Vergleich bestehen zu können.

Literatur

- EGGER, J.W., PIERINGER, W. & WISIAK, U.V. (2007): Das Lehrprogramm zu Medizinischer Psychologie, Psychosomatik und Psychotherapie in der aktuellen Diplomstudienordnung Humanmedizin an der Medizinischen Universität Graz. *Psychologische Medizin*, 18, 1, 44–52.
JAMA-Studie 2007. www.rme/aerzteblatt.de
MAKOUL, G. & RAYMOND H. CURRY, R.H. (2007): The Value of Assessing and Addressing Communication Skills. *JAMA* 298: 1057–1059.
Communication Skills and Patient Complaints. *JWatch General* 2007; 2007: 6–6.
FALLER H. & LANG H. (2006). *Medizinische Psychologie und Soziologie*. 2. Auflage. Heidelberg: Springer.

Zum vorliegenden Heft 4/2007, dem letzten des 18. Jahrgangs von *PSYCHOLOGISCHE MEDIZIN*, wünsche ich Ihnen wieder eine anregende und angenehme Lektüre!

Univ.-Prof. Dr. Josef W. EGGER
verantwortlicher Herausgeber