

Die Hürden der Arzt-Patient-Kommunikation

Im Kontext des stationären Spitalumfelds

Studiengang:

Medizininformatik

Autoren:

Andy Moser, Michaela Ziegler, Natascha Lima

Betreuer:

Diego Jannuzzo

Datum:

20.01.2018

Management Summary

Ein Arzt führt bis zu 200'000 Gespräche in seinem Berufsleben. Aufgrund dieser muss er korrekte Diagnosen und die bestmögliche Therapie bestimmen. Angesichts dieser zentralen Bedeutung wird die Patient-Arzt-Kommunikation im stationären Spitalumfeld untersucht.

Mit jeweils einem Artikel wird aufgezeigt, was die aktuellen Hürden der Kommunikation sind, welche Kommunikationsmodelle existieren und wie die Integration dieser in die Medizinausbildung aussieht.

Der Patient als Individuum steht im Mittelpunkt. Dass dies aber in der heutigen Zeit immer noch nicht genügend umgesetzt wird, zeigt eine Befragung von zwei Zentrumsspitalern in der Schweiz. Das partnerschaftliche Modell ist für die partizipative Entscheidungsfindung am geeignetsten. Diese Patientenorientiertheit ist bereits Bestandteil vieler Lehrpläne, wie das Curriculum der Basler Medizinischen Fakultät aufzeigt.

Die Ergebnisse der untersuchten Artikel zeigen auf, dass die Kommunikation sich in einem steten Wandlungsprozess befindet. Das Bewusstsein über ihren Stellenwert und die Schulung der Fertigkeiten können den medizinischen Erfolg bestärken. Die Wichtigkeit, die die Patient-Arzt-Kommunikation für die Zufriedenheit der Patienten hat, zeigt zudem, dass sich Investitionen in die diesbezüglichen Aspekte der Ausbildung für Spitäler lohnt.

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung	4
1.1	Kommunikation als zentrales Element der Arzt-Patient-Beziehung	4
1.2	Ziel der Arbeit	4
2	Vorgehensweise/Methode	4
2.1	Literaturrecherche	4
2.2	Einschlusskriterien der Literatur	5
2.3	Auswahl der Artikel	5
3	Ergebnisse	5
3.1	Fehlende kommunikative Kompetenz der Ärzte	5
3.2	Wandlungsprozess in der Arzt-Patient-Beziehung	6
3.2.1	Modelle der Arzt-Patient-Beziehung	6
3.3	Medizinische Ausbildung lehrt Kommunikation	7
3.3.1	Curriculum der Basler Medizinischen Fakultät	8
4	Diskussion	9
4.1	Vom Problem über das Modell zur Lehre	9
4.2	Erweiterter Blickwinkel auf die Arzt-Patient-Kommunikation	9
4.3	Ausblick	9
5	Abbildungsverzeichnis	10
6	Tabellenverzeichnis	10
7	Glossar	10
8	Literatur	11
9	Selbständigkeitserklärung	12

1 Einleitung

1.1 Kommunikation als zentrales Element der Arzt-Patient-Beziehung

Die häufigste Ursache von Behandlungsfehlern sind Kommunikationsfehler zwischen Arzt und Patient. Dagegen fördert ein strukturiertes Gespräch den diagnostischen und therapeutischen Erfolg (1).

Diese Tatsache ruft die Frage auf, wie die Schulung von angehenden Ärzten gestaltet wird. Immerhin führt jeder Arzt bis zu 200'000 Gespräche mit Patienten und Angehörigen in seinem Berufsleben (2). Neben dem aufmerksamen Zuhören ist auch die kommunikative Fertigkeit gefragt.

In einem Interview spricht der Medizinprofessor und Kommunikationsexperte Wolf Langewitz über das Thema Kommunikation im Medizinstudium (3). Sie ist Teil des Studiums und des Staatsexamens. Damit übernimmt die Schweiz eine Vorreiterrolle. Den Studierenden fehlt es oft an Sicherheit im Umgang mit Patienten. Sie merken, dass sie eine professionelle Haltung entwickeln müssen. Mit fortschreitendem Alter und der dazugehörigen Erfahrung wird es immer leichter zu spüren, was die Patienten von ihnen als Arzt erwarten. Um dies üben zu können, simulieren Schauspielpatienten an der Universität Basel verschiedene Situationen und die Studierenden werden von Experten beobachtet und beurteilt.



Abbildung 2: Wolf Langewitz, Arzt und Psychotherapeut

1.2 Ziel der Arbeit

Dem Leser soll ein möglicher Lösungsweg aufgezeigt werden, mit dem sich Fehlkommunikationen im Spitalumfeld reduzieren lassen könnten. Die hierfür zu beantwortenden Fragen sind:

- Wird die Arzt-Patient-Kommunikation als aktuelles Thema im stationären Spitalumfeld wahrgenommen?
- Welche Modelle für eine professionelle Verständigung zwischen Arzt und Patient existieren?
- Wie lassen sich diese Modelle in die medizinische Ausbildung integrieren?

2 Vorgehensweise/Methode

2.1 Literaturrecherche

Die Literaturrecherche wurde auf den Datenbanken Google Scholar und PubMed durchgeführt. Die initiale Suche basierte auf der Abfrage mit den Termen «Arzt Patient Kommunikation» für die deutsche Suche auf Google Scholar und «Doctor Patient Communication» für die englische Suche auf PubMed. Die Anzahl der Suchresultate können aus Tabelle 1 entnommen werden.

Abfrage	Datenbank	Resultate
Arzt Patient Kommunikation	Google Scholar	ca. 43'800
Doctor Patient Communication	PubMed	22'199

Tabelle 1: Abfragen bei der initialen Literaturrecherche

Ein iterativer Prozess wurde anschliessend zur initialen Suche durchgeführt. Dabei wurden zunächst die Titel und nachfolgend die Abstracts der Artikel nach ihrer Relevanz bezüglich der Forschungsfragen gefiltert. Um noch spezifischer auf die Thematik einzugehen, wurden die im Folgenden beschriebenen Einschlusskriterien bestimmt.

2.2 Einschlusskriterien der Literatur

Bei dieser Arbeit steht der Patient mit seinen Bedürfnissen an die Kommunikation im Mittelpunkt, daher wurde die Suche nach Artikeln über die Kommunikation zwischen Arzt und Patient auf die «patientenorientierte Kommunikation» eingeschränkt.

Um zu grosse kulturelle Unterschiede auszuschliessen, wurde diese Arbeit auf deutschsprachige Studien beschränkt (4). Ferner konzentrierte man sich auf die Beziehung im stationären Spitalumfeld.

Hinsichtlich des Publikationsjahres wurden nur Artikel ab 2010 gesucht, da das Empowerment der Patienten im Zeitalter des World Wide Webs stark zugenommen hat und sich die Kommunikation mit dem «informierten Patienten» seither verändert hat (5).

2.3 Auswahl der Artikel

Der Umfang dieser Arbeit war zeitlich und ressourcenmässig eingeschränkt. Daher wurden drei Artikel ausgewählt, die das Spektrum der Kommunikation in Bezug auf die Zielsetzung möglichst gut abdecken. Zu Beginn wird ein Einblick in die Problematik gewährt. Anschliessend soll aufgezeigt werden, welche Konzepte bezüglich von Kommunikationstechniken bestehen. Im letzten Schritt wird das Thema der Erlernbarkeit der Kommunikation in der ärztlichen Ausbildung betrachtet.

Langewitz W. et al. zeigen anhand einer Befragung von 668 Patienten aus zwei Zentrumsspitalern in der Schweiz auf, dass die fehlende kommunikative Kompetenz von Pflegenden und Ärzten stark bemängelt wird. Mittels der offenen Fragestellung, die es den Patienten ermöglicht, über ihr Erlebtes während dem Spitalaufenthalt frei zu berichten, liefern die Autoren dieses Artikels eine umfangreiche Problemdarstellung (6).

Verschiedene Modelle der Arzt-Patient-Beziehung und deren Zeitmässigkeit werden von Faller H. in seinem Artikel genau beschrieben. Er zeigt auf, dass die Kommunikation zwischen Patient und Arzt nicht nur ein Kontextfaktor für die medizinischen Interventionen ist, sondern dass sie den Kern der Arzt-Patient-Beziehung darstellt (7).

Über die Erlernbarkeit der Kommunikation in der medizinischen Ausbildung wird im Artikel von Langewitz W. berichtet. Anhand von Auszügen aus dem Curriculum der Medizinischen Fakultät der Universität Basel präsentiert er in seiner Übersichtsarbeit mögliche Lehr- und Prüfungsmethoden (8).

Im nachfolgenden Kapitel wird über die wichtigsten Ergebnisse der Autoren der ausgewählten Artikel berichtet.

3 Ergebnisse

3.1 Fehlende kommunikative Kompetenz der Ärzte

Langewitz et al. zeigen in ihrem Artikel, dass in den letzten Jahren die Bedeutung der Kommunikationsfertigkeiten im Spital genauer betrachtet wird (6).

Mittels einer Befragung aus je einem Zentrumsspital in Basel und Aarau konnte festgestellt werden, dass ein Grossteil der Defizite, die in Bezug auf die kommunikative Fertigkeit der Spitalmitarbeiter angesprochen werden, im Bereich der Versorgung liegt. Dies wird in Tabelle 2 verdeutlicht, in welcher Defizite, die von mehr als 10% der Patienten beider Spitäler genannt wurden, dargestellt sind.

Die «reporting»-Fragen ermöglichten es den Patienten, ihr Erlebtes im Spital detaillierter zu berichten. Man hat festgestellt, dass die alleinige Erfassung von Zufriedenheitswerten kaum auf konkrete Defizite schliessen lässt. Die angewendete Methode setzt jedoch voraus, dass ein kompetentes Gremium existiert, um die Antworten zu interpretieren. Dies ist notwendig, da hierfür detaillierte Kenntnisse der Abläufe und Charakteristika einzelner Stationen nötig sind, damit keine vorschnellen Bewertungen vorgenommen werden.

Diese Art von Fragenstellung zeigt auch Defizite auf, welche nur für einen kleinen Anteil der Patienten wichtig sind, beispielsweise finanzielle Sorgen. Im Bereich Kommunikation konnte so die Kritik an der

Entlassung von Patienten, die eine Nachversorgung benötigen, erfasst werden. Die Vernetzung von beteiligten Personen wurde als unzureichend erlebt.

Folgende Schwerpunkte konnten erkannt werden: Die medizinische Versorgung wird von den Patienten als sehr gut wahrgenommen. Sie empfinden das Fachpersonal als kompetent. Allerdings beklagen sie sich über Defizite in der Wahrnehmung ihres Individuums. Die persönliche Ansprache und die einzigartige Sichtweise auf ihr persönliches Problem fehlt.

Insgesamt wird die Kommunikation zwischen Fachpersonal und Patienten im Spital als Thema wahrgenommen, in welchem wesentliche Probleme bestehen. Die Verbesserung der Kommunikationsfertigkeiten auf Seiten des Personals ist also durchaus im Sinne der Patienten. Investitionen in diese sollten sich somit auch aus Sicht des Spitals rentieren.

Fragebogenitems, in denen > 10 % der Patienten ein Defizit nannten	Defizit-Nennungen in % Basel n = 348	Defizit-Nennungen in % Aarau n = 320
<i>als defizitär erleben Patienten, wenn ...</i>		
... ihnen die Nebenwirkungen der Medikamente nicht erklärt werden	46	44
... sie bei der Aufnahme > 15 Minuten auf die Untersuchung warten müssen	35	30
... ihnen bei der Aufnahme der Tagesablauf nicht erklärt wird	30	22
... sie vor der Entlassung keine Aufklärung über ATLS erhalten	19	21
... ihnen Medikamente nicht erklärt werden	23	20
... Ärzte nicht einfülsam und rücksichtsvoll sind	24	19
... sie bei der Behandlung nicht miteinscheiden können	31	18
... ihnen Untersuchungsergebnisse nicht erklärt werden	20	16
... sie vor pflegerischen Verrichtungen nicht gut informiert werden	16	16
... die Operation nicht wie zeitlich geplant stattfindet	16	16
... man sich bei der Visite ohne ihre Beteiligung unterhält (hat sie gestört)	17	17
... der Ablauf der Untersuchung nicht gut erklärt wird	21	14
... Hilfspersonen vor der Entlassung nicht über die Pflege informiert werden	15	15
... nicht klar ist, bei welchen Anzeichen sie erneut zum Arzt gehen müssen	13	14
... mit Ärzten keine vertraulichen Gespräche möglich sind	19	10
... Ärzte außerhalb der Visite nicht ansprechbar sind	22	13
... im Zimmer schwerkranke Mitpatienten liegen	12	12
... sie keine Information vor größeren Untersuchungen erhalten	12	12
... Ärzte ihnen die Informationen nicht vollständig mitteilen	12	12
... sie keinen Ansprechpartner für Sorgen haben	11	11
... Pflegenden bei Rufzeichen nicht gleich kommen (Hilfe bei ATLS)	11	10
... Ärzte sie nicht verständlich über ihre Krankheit informieren	10	10
... der Spitalaufenthalt zu lang oder zu kurz ist	12	10

Tabelle 2: Fragebogenitems, bei denen mehr als 10% der Patienten in beiden Spitälern ein Defizit berichteten

3.2 Wandlungsprozess in der Arzt-Patient-Beziehung

Das Gesundheitswesen fordert mehr Patientenorientierung. In welchem Wandlungsprozess sich die Arzt-Patient-Kommunikation befindet, zeigt Faller in seinem Artikel (7).

Heutzutage sind die Ärzte aufgefordert, die Kommunikation mit dem Patienten zusammen zu gestalten und deren Bedürfnisse nach Information, Mitwirkung und emotionaler Unterstützung zu erfüllen. Das partnerschaftliche Modell der Arzt-Patient-Beziehung scheint dafür am besten geeignet zu sein. Nicht nur die Erfüllung der Bedürfnisse der Patienten kann so erreicht werden, auch bessere medizinische Behandlungsergebnisse sind zu erwarten.

3.3 Modelle der Arzt-Patient-Beziehung

Unterschiedliche paradigmatische Modelle lassen sich je nach Ausgeglichenheit und der jeweiligen aktiven Beteiligung an der Kommunikation einteilen:

1. das paternalistische Modell;
2. das Konsumenten-Modell (informatives Modell);
3. das partnerschaftliche Modell.

Paternalistisches Modell

Dies entspricht der traditionellen Sichtweise der Arzt-Patient-Beziehung. Der Arzt entscheidet im Sinne des Patienten und dieser verhält sich passiv. Dank der vielseitigen Informationsquellen ist dieses Modell nicht mehr zeitgemäss, vor allem weil hier die Autonomie des Individuums nicht berücksichtigt wird.

Konsumenten-Modell

Das informative Modell zeigt auf, dass der Patient seine benötigten Informationen bereits besitzt und der Arzt nur noch mit Ergänzungen zur optimalen Entscheidungsfindung beiträgt. Im Falle schwerwiegender oder lebensbedrohlicher Erkrankungen muss das Modell jedoch in Frage gestellt werden.

Partnerschaftliches Modell

Die gemeinsame Besprechung von Werten und Zielen des Arztes und des Patienten gilt heute als angemessen. Der informierte Patient erhält ergänzend zu seinen Informationen vom Arzt die medizinische Evidenz. Alternative Behandlungsvorschläge erweitern das Spektrum des Patienten. Diese Wechselseitigkeit der Kommunikation ist für das partnerschaftliche Modell charakteristisch und macht es sehr wertvoll.

Dies stellt auch die Grundlage der partizipativen Entscheidungsfindung dar. Diese ist dadurch definiert, dass zwei Parteien im abwechslungsweisen Informationsaustausch aktiv partizipieren. Nach diesem interaktiven Prozess wird eine gemeinsame Entscheidungsfindung angestrebt, in der beide Seiten Verantwortung übernehmen. Patienten als gleichberechtigte Partner zum aktiven Partizipieren zu motivieren, nennt man Empowerment.

Wie kann der Prozess der partizipativen Entscheidungsfindung umgesetzt werden? Die Rolle des Patienten und das Ziel einer Entscheidungsfindung werden am Anfang des Gesprächs angekündigt. Die Behandlungsmöglichkeiten werden durch die medizinische Evidenz vom Arzt und durch die Präferenzen des Patienten beschlossen. Eine Diskussion mit verschiedenen Meinungen ist durchaus toleriert, der Experte muss dabei die Meinung des Patienten akzeptieren.

Ein Grossteil der Forschung zur Arzt-Patienten-Kommunikation liegt im Bereich der Krebskranken. Für diese ist die persönliche, individuelle Beziehung zum Arzt sehr bedeutend. Diese Beziehung und das grosse Informationsbedürfnis werden aber meistens nicht erfüllt. Die Befriedigung dieser Bedürfnisse gehen aber mit besserer Lebensqualität und grösserem Wohlbefinden einher.

Der Wunsch der Patienten ist, dass sich die Ärzte sowohl für ihre Sorgen und Erwartungen, als auch für ihre Sicht der Schmerzen sowie der Behandlungen interessieren. Die Patienten wollen Informationen, denn das kann Unsicherheiten reduzieren, und helfen, weniger Erkrankungen zu bekommen. Manchmal ist nämlich die Unsicherheit daran schuld, dass diese überhaupt ausgelöst werden. Ausserdem möchten Patienten bei medizinischen Entscheidungen beteiligt werden.

Ärzte versuchen die Wünsche der Patienten zu erfüllen, was die Zufriedenheit der Patienten fördert. Dies kann zu besseren Behandlungsergebnissen führen. Die Arzt-Patient-Kommunikation ist neben dem Kontextfaktor für die eigentlichen medizinischen Interventionen auch der Kern der Arzt-Patient-Beziehung.

3.4 Medizinische Ausbildung lehrt Kommunikation

In der Übersichtsarbeit von Langewitz werden verschiedene Artikel vorgestellt, die aussagen, dass die Arzt-Patient-Kommunikation erlernbar ist (8).

Die Vermittlung kommunikativer Fertigkeiten ist Bestandteil vieler Reform-Curricula. Das Ergebnis, also das Ausmass des Lernerfolges und deren Überprüfbarkeit hängt jedoch von der Definition der Lernziele ab. Aus klinischer Sicht ist die Kommunikation aus zwei Gründen wichtig. Zum einen stellt sie eine zuverlässige Art dar, Daten für die Diagnosestellung zu erheben und zum anderen ermöglicht sie eine gemeinsame Entscheidungsfindung mit den Patienten.

Diese grundlegenden Elemente einer patientenorientierten Kommunikation werden in den Lehrplänen aufgegriffen. Dort wird meistens versucht, auf einer eher partnerschaftlichen Beziehung aufzubauen und nicht auf dem patriarchalischen Umgang. Der Patient soll sich als gut informierter Partner am Entscheidungsprozess beteiligen können.

3.5 Curriculum der Basler Medizinischen Fakultät

Die Kommunikationstechniken orientieren sich an den Bedürfnissen der klinischen Medizin und werden in Kategorien der Erkenntnisgewinnung eingeteilt. Tabelle 3 zeigt Auszüge aus dem Curriculum.

Die Arzt-Patient-Kommunikation ist eine Fähigkeit, die sich im aktiven Handeln zeigt und weniger im theoretischen Wissen. Es ist klar, dass man diese Kompetenz nicht über die wissensbasierten Multiple-Choice-Prüfungen abfragen kann. Typisches Prüfungsformat ist der OSCE (Objective Standardised Clinical Examination). Hier wird der Studierende an einem standardisierten Patienten geprüft. Es wird bewertet, wie der Student mit dem Patienten kommuniziert und ob beispielsweise Verhaltensweisen, die im Vorfeld als Lernziel formuliert wurden, im Kontakt mit dem simulierten Patienten gezeigt werden.

Das Erlernen von kritischer Selbstreflexion ist wichtig, wenn man davon ausgeht, dass die Arzt-Patient-Kommunikation hauptsächlich in der Praxis, also am echten Patienten, erlernt wird. Eine gute Möglichkeit dafür ist die Reflexion von Gesprächen anhand von Videoaufnahmen. Das Beurteilen von Kommunikationstechniken lässt sich hiermit wieder mit dem OSCE kombinieren. Studierende werden aufgefordert, Techniken zu benennen und zu identifizieren.

Diese hilfreichen Lehr- und Prüfungsmethoden setzen allerdings voraus, dass es genügend klinische Dozenten gibt, die sich mit diesen auseinandersetzen und selbst über eine hohe professionelle Kommunikationsfertigkeit verfügen. Es reicht nicht nur die fachliche Kompetenz, auch die Kunst des Feedback-Gebens ist gefragt.

Kategorien Erkenntnisgewinnung	Lernziele
Informationen erhalten	Studierende sind in der Lage, so zu kommunizieren, dass sie eine Hypothese formulieren und überprüfen können.
	Studierende sind in der Lage, so zu kommunizieren, dass sie zunächst Informationen sammeln, um erste Hypothesen zur Diagnose oder zum Umgang des Patienten z. B. mit einer chronischen Erkrankung generieren zu können.
Strukturieren	Studierende sind in der Lage, ein Gespräch zeitlich zu planen und dies dem Patienten mitzuteilen.
	Studierende sind in der Lage, ein Gespräch thematisch einzugrenzen und den Patienten ggf. auf ein bestimmtes Thema zurückzuführen.
Vermitteln von Informationen	Studierende können den Erzählraum explizit eingrenzen und erweitern.
	Studierende können Informationen strukturiert vermitteln und diese Struktur zu Beginn ihrer Erklärungen explizit ansprechen.
	Studierende sind in der Lage, Informationen in so kleinen Einheiten zu vermitteln, dass sie sicher sind, dass Patienten ihren Erklärungen aufmerksam folgen.
	Studierende können sich Rechenschaft darüber geben, was Patienten verstanden haben.
Aufgreifen von Emotionen	Studierende sind in der Lage, die Elemente des NURSE-Modells beim Umgang mit emotionalen Äußerungen des Patienten einzusetzen.

Tabelle 3: Auszüge aus dem Curriculum der Basler Medizinischen Fakultät

4 Diskussion

4.1 Vom Problem über das Modell zur Lehre

Anhand des Artikels von Langewitz et al. (6) konnte aufgezeigt werden, dass die Kommunikationsfertigkeiten im Spital ein aktuelles Thema darstellen. Obwohl die Patienten das medizinische Fachpersonal als kompetent empfinden, fühlen sie sich nicht als Individuum wahrgenommen. Die Schlussfolgerung sollte sein, dass das bereits erkannte Problem systematisch angegangen wird.

Die Patientenorientierung im Gesundheitswesen wird auch durch Faller (7) aufgezeigt. Er beschreibt den Erfolg einer guten Arzt-Patient-Kommunikation noch tiefergehend und erklärt, dass sogar bessere medizinische Behandlungsergebnisse dadurch zu erwarten sind. Um den Bedürfnissen der Patienten gerecht zu werden, sei das partnerschaftliche Modell für die Arzt-Patient-Beziehung am idealsten. Der gemeinsame Weg und der wechselseitige Dialog sind für den informierten Patienten und den medizinischen Experten am wertvollsten und zeitgerechtesten.

Wie wird das nun in der Praxis umgesetzt? Langewitz stellt anhand verschiedener Artikel vor, dass die Arzt-Patient-Kommunikation erlernbar ist (8). Die grundlegenden Elemente der patientenorientierten Kommunikation werden in den Lehrplänen aufgegriffen. Auszüge des Curriculums der Basler Medizinischen Fakultät zeigen Lernziele auf, welche als Teile der partnerschaftlichen Beziehung gelehrt und überprüft werden.

Es konnte festgestellt werden, dass das Bewusstsein für die mangelhafte Arzt-Patienten-Kommunikation bereits vorhanden ist. Die Hauptthematik dabei ist, dass sich der Patient nicht als Individuum wahrgenommen fühlt. Diese mangelnde Patientenorientierung verlangt das zeitgerechte partnerschaftliche Modell, welches zusätzlich auch den bestmöglichen Therapieerfolg unterstützt. Dieses Kommunikations-Modell wird bereits in der medizinischen Ausbildung gelehrt, beispielsweise an der Basler Medizinischen Fakultät.

Der Fokus, eine gute Arzt-Patienten-Kommunikation bereits im Medizinstudium zu verfolgen und dies mit dem erlernten Fachwissen zu kombinieren, ist ein grosser Vorteil. Dies verbessert die Sicherheit im Umgang mit dem Patienten und erleichtert den angehenden Medizinerinnen die Entwicklung der professionellen Haltung. Das Gesundheitswesen und somit auch die Patientenorientiertheit unterliegen einem ständigen Wandlungsprozess. Um die medizinischen Spezialisten jeder Berufsaltersgruppe auf dem aktuellen Stand zu halten, rentieren Investitionen im Spitalalltag im Bereich Kommunikation auf jeden Fall.

Die Erkenntnisse über das partnerschaftliche Modell und die Erlernbarkeit der Patient-Arzt-Kommunikation können helfen, die festgestellten Schwächen, die bereits erkannt wurden, zu verbessern.

4.2 Erweiterter Blickwinkel auf die Arzt-Patient-Kommunikation

Trotz der Beschränkung auf die Arzt-Patient-Beziehung im stationären Spitalumfeld ist das Thema «Die Hürden der Arzt-Patient-Kommunikation» weitläufig. Der Überblick über den Themenkomplex mit Auswahl jeweils eines Artikels zu einem Bereich, schränkt die differenzierte Sichtweise der einzelnen Gebiete ein.

Eine weitere Schwäche dieser Arbeit ist die Menge an gesichteter Literatur. Wie in der Einleitung beschrieben, existiert sehr viel mehr Wissen. Durch die Einschränkung auf drei Artikel, war es kaum möglich, einen Kontext zu anderen Arbeiten zu erkennen.

4.3 Ausblick

Auf dieser erarbeiteten Basis könnte eine Folgearbeit darin bestehen, dass das partnerschaftliche Modell (7) gelehrt wird (8) und mittels erneuter Befragung (6) festgestellt wird, ob sich das Empfinden der Patienten verändert hat.

5 Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Titelbild (9)	1
Abbildung 2: Wolf Langewitz, Arzt und Psychotherapeut (3)	4

6 Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Abfragen bei der initialen Literaturrecherche	4
Tabelle 2: Fragebogenitems, bei denen mehr als 10% der Patienten in beiden Spitälern ein Defizit berichteten (6)	6
Tabelle 3: Auszüge aus dem Curriculum der Basler Medizinischen Fakultät (8)	8

7 Glossar

Empowerment

Empowerment ist die Förderung der Fähigkeit und das Anbieten von Ressourcen für selbstbestimmtes Handeln.

NURSE-Modell

Dieses Akronym setzt sich folgendermassen zusammen (8):

Naming emotion: das explizite Ansprechen von Gefühlen,

Understanding emotion: (wenn möglich) Verständnis äussern für Gefühle des Patienten,

Respecting: dem Patienten vermitteln, dass seine Gefühle oder sein Umgang mit Gefühlen Respekt verdient,

Supporting: dem Patienten beim Umgang mit belastenden Gefühlen Unterstützung anbieten,

Exploring emotion: nicht eindeutige oder nachvollziehbare Stimmungen ansprechen und klären.

8 Literatur

1. Kampmann M. So strukturieren Sie das Patientengespräch. MMW - Fortschritte Med. 1. Januar 2006;148(3):32-5.
2. Medizin: Die Heilkraft des Vertrauens. Die Zeit [Internet]. 3. August 2006 [zitiert 9. November 2017]; Verfügbar unter: <http://www.zeit.de/2006/32/M-Beziehungsmedizin/seite-3>
3. Walser B. «Warten Sie nicht darauf, dass der Arzt errät, was Sie haben». Berner Zeitung [Internet]. 2. September 2015 [zitiert 30. Oktober 2017]; Verfügbar unter: [//www.bernerzeitung.ch/schweiz/standard/Warten-Sie-nicht-darauf-dass-der-Arzt-erraet-was-Sie-haben/story/23949143](http://www.bernerzeitung.ch/schweiz/standard/Warten-Sie-nicht-darauf-dass-der-Arzt-erraet-was-Sie-haben/story/23949143)
4. Lehmann C, Koch U, Mehnert A. Die Bedeutung der Arzt-Patient-Kommunikation für die psychische Belastung und die Inanspruchnahme von Unterstützungsangeboten bei Krebspatienten. PPmP - Psychother · Psychosom · Med Psychol. Juli 2009;59(07):e3-27.
5. Ärzteblatt DÄG Redaktion Deutsches. Ärzte und informierte Patienten: Ambivalentes Verhältnis [Internet]. 2010 [zitiert 22. Oktober 2017]. Verfügbar unter: <https://www.aerzteblatt.de/archiv/79862/Aerzte-und-informierte-Patienten-Ambivalentes-Verhaeltnis>
6. Langewitz W, Conen D, Nübling M, Weber H. Kommunikation ist wesentlich - Defizite der Betreuung im Krankenhaus aus der Sicht von Patienten und Patientinnen. PPmP - Psychother · Psychosom · Med Psychol. August 2002;52(08):348-54.
7. Faller H. Patientenorientierte Kommunikation in der Arzt-Patient-Beziehung. Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz. 1. September 2012;55(9):1106-12.
8. Langewitz W. Zur Erlernbarkeit der Arzt-Patienten-Kommunikation in der Medizinischen Ausbildung. Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz. 1. September 2012; 55(9):1176-82.
9. Arzt-Patienten-Dialog | Institut Dialog Ethik [Internet]. [zitiert 26. Oktober 2017]. Verfügbar unter: <http://www.dialog-ethik.ch/patientenverfuegung/arzt-patienten-dialog-2/>

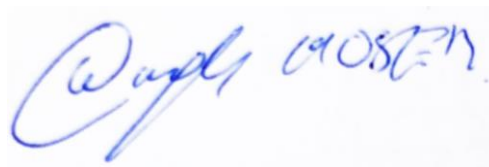
9 Selbständigkeitserklärung

Wir bestätigen mit unseren Unterschriften, dass wir unsere vorliegende Arbeit selbständig durchgeführt haben. Alle Informationsquellen (Fachliteratur, Besprechungen mit Fachleuten, usw.) und anderen Hilfsmittel, die wesentlich zu unserer Arbeit beigetragen haben, sind in unserem Arbeitsbericht im Anhang vollständig aufgeführt. Sämtliche Inhalte, die nicht von uns stammen, sind mit dem genauen Hinweis auf ihre Quelle gekennzeichnet.

Vorname, Name: Andy Moser

Ort, Datum: Biel, 20.01.2018

Unterschrift:



Vorname, Name: Michaela Ziegler

Ort, Datum: Biel, 20.01.2018

Unterschrift:



Vorname, Name: Natascha Lima

Ort, Datum: Biel, 20.01.2018

Unterschrift:

