

HFH – Hausärztliche Fortbildung Hamburg

DEUTSCHER
 **HAUSÄRZTEVERBAND**
Hausärzterverband Hamburg e.V.



Universitätsklinikum
Hamburg-Eppendorf

Institut für Allgemeinmedizin



Deutsche Gesellschaft für
Allgemeinmedizin und Familienmedizin



VEREIN HAUSÄRZTLICHER
INTERNISTEN e.V.



ÄRZTEKAMMER
HAMBURG
Körperschaft des öffentlichen Rechts
FORTBILDUNGSAKADEMIE

Heiter und gelassen bleiben ...
Arzt und Patient im Sprechzimmer
(HzV, DMP KHK)

Moderation: Hans-Otto Wagner

Arzt und Patient im Sprechzimmer

Nicole Bongard

Agentur *Punktere* - Beratung, Kommunikation
und Medientraining, Hamburg

Prof. Dr. med. Martin Scherer

Institutsdirektor, Institut für Allgemeinmedizin,
UKE

V-A-K

Die drei Wahrnehmungstypen

Der visuelle Kommunikationstyp

Er versteht dann am leichtesten, wenn er etwas vor Augen sieht. Optische Anreize sind für ihn ganz wichtig. Seine bevorzugten Ausdrücke kommen aus der visuellen Welt

Beispiele:

Redewendungen: Das sehe ich ein. Das ist ganz klar. Das leuchtet ein. Das ist einsichtig. Das kann ich mir vorstellen. Verschaffen wir uns einen Überblick. Lassen Sie uns das illustrieren. Ein interessanter Ausblick. Ich halte die Augen offen.

Der auditive Kommunikationstyp

Er bespricht vieles ausführlich, diskutiert gern und kann Erklärungen gut folgen. Meist kann er das Gehörte schnell übertragen. Seine bevorzugten Ausdrücke kommen aus der auditiven Welt.

Beispiele:

Redewendungen: *Das klingt gut. Das hört sich gut an. Was Sie da sagen. Ich verstehe Wort für Wort. Nie davon gehört. Keine Frage. Das höre ich gern. Das ist Musik in meinen Ohren. Ich schenke Ihnen gleich Gehör. Da kann ich Ihnen zustimmen.*

Der kinästhetische Kommunikationstyp

Er legt Wert auf Empfindungen, liebt meist Aktivitäten, die mit dem Körper (Bewegung, Sauna, Tennis, Essen, Düfte) zu tun haben. Oft muss er Sachen erst ausprobieren. Seine bevorzugten Ausdrücke kommen aus der kinästhetischen Welt.

Beispiele:

Redewendungen: Das begreife ich. Das geht unter die Haut. Das ist weltbewegend. Ich bin hin- und hergerissen. Ich lege die Karten auf den Tisch. Das werden wir in Gang bringen. Das habe ich im Griff. Dem steht nichts entgegen. Das sollten wir anpacken.



Visuelle Wahrnehmungstypen: „Das ist jetzt mein abschließender Vorschlag. Können Sie sich ein Bild davon machen?“ oder „Können Sie sich das vorstellen?“

Auditiver Lieblingskanal: „Hier mein letzter Vorschlag. Wie hört sich der für Sie an?“

Kinästhetische Wahrnehmungstyp: „Hier präsentiere ich Ihnen meinen letzten Vorschlag. Können Sie damit etwas anfangen?“

80% aller Entscheidungen werden auf der Beziehungsebene und nicht auf der Sachebene gefällt. Dies zeigt auch, wie wichtig die Körpersprache des Gegenübers ist.

neutral



bewusst Abstand haltend



Unbewusst distanziert



konzentriert



Direkt und angespannt, aber die Worte
noch zurückhaltend







Besserwissend



Drohend



Abwehrend

80 % Beziehung

20 % Sache

~~20 % Sache~~

10 % Sache

Vier Hauptgruppen von Argumenten

Fakten

- Zahlen, Statistik, Bilanzen
- Gesetze, Paragraphen, Vorschriften
- Logische Schlüsse

Emotionen

- Hervorrufen negativer (Angst) und positiver (Zuversicht) Gefühle
- Aufbau von Feindbildern
- Persönlicher Angriff

Plausibilität

- Beispiel, Vergleiche
- Theorie und Praxis
- Verallgemeinerungen / Mehrheitsmeinungen
- Extrem-Alternativen
- Zustimmungskette / Salamitechnik

Moral

- Höhere Werte (Gerechtigkeit, Fairness)
- Verweis auf moralische Instanzen
- Betonung der Angemessenheit

Der Irrglaube!

Normale Reaktion: (noch) sachlicher werden

doch leider

Je mehr Sie im Thema bleiben, desto größer werden die Widerstände



Entschuldigen Sie sich

Schon als Kind haben wir es gelernt - umso erstaunlicher, wie selten diese Schlüsselwörter gebraucht werden, wenn wir es mit einem Konflikt zu tun haben. Wenn ein Patient moniert, dass ein Brief nicht schon vor vier Tagen bei ihm angekommen ist, wie es angekündigt war, ist er verständlicherweise in einer Stresssituation, wahrscheinlich verärgert - das kann man nachvollziehen. Wenn Sie jetzt Schuld und Verantwortung von sich weisen, etwa indem Sie sagen: "Da können wir doch nichts dafür, das muss die Post verbummelt haben", schütten Sie damit Öl ins Feuer. Der Patient wird noch wütender.

Die bessere Taktik besteht darin, sich stattdessen sofort entschuldigen - ungeachtet dessen, ob Sie tatsächlich an der Sache Schuld sind. Sagen Sie einfach: "Das tut mir leid. Ich möchte mich für die Umstände entschuldigen." Damit besänftigen Sie. Sie nehmen ihm den Wind aus den Segeln, wenn er sein Anliegen ernst genommen sieht.



Wiederholen Sie die Worte Ihres Gegenübers

Manch eine Behauptung oder Aussage Ihres Patienten kann Sie tatsächlich sprachlos machen - etwa, wenn er Ihnen aus heiterem Himmel vorwirft: "Das ist Ihre Schuld!" Unterdrücken Sie den Reflex, den Vorwurf von sich zu weisen oder zu argumentieren. Gewinnen Sie stattdessen Zeit, um sich eine geeignete Reaktion zu überlegen. Der einfachste Weg dafür besteht darin, die Aussage zu wiederholen, und zwar Wort für Wort. Sagen Sie also: "Sie sagen also, ich sind schuld?!" Schweigen Sie dann und warten Sie die Reaktion des Patienten ab. Höchstwahrscheinlich wird er seinen Vorwurf jetzt erläutern oder ergänzen. Und tatsächlich wird er dabei etwas von seiner Wut und Aggression verlieren. Die Wiederholung seiner Worte durch Sie gibt ihm das Gefühl, dass Sie zuhören, ihn verstehen. Dabei haben Sie weder einen Schuld anerkannt noch dem Patienten widersprochen. Sie können jetzt tief durchatmen und sich sortieren - und haben das Ihre dafür getan, den Druck aus der Situation zu nehmen.



Zeigen Sie Verständnis

Alle Beschwerden und Vorwürfe sind rein emotional motiviert - es geht sehr selten einmal wirklich nur um die Sache. Durch Vorwürfe versucht der Patient, seine Emotionen für sich wieder zu justieren. Wenn Sie die Situation entschärfen wollen, sollten Sie deshalb den emotionalen Hintergrund der Beschwerde und die Befindlichkeit Ihres Gegenübers anerkennen. Dies erreichen Sie, indem Sie etwa sagen: "Ich kann Ihren Ärger gut nachvollziehen. Das Ganze ist wirklich sehr ärgerlich." Auf diese Weise geben Sie ihm zu verstehen, dass seine Gefühle ihre Berechtigung haben, und besänftigen ihn.



Rechtfertigen Sie sich nicht

Versuchen Sie nicht, mit einer Erklärung, warum eine Sache nicht korrekt ausgeführt wurde ("Die MFA ist krank geworden!") an das Verständnis Ihres Patienten zu appellieren. Im Gegenteil: Wenn Sie die "Verkettung unglückseliger Umstände" bemühen - oder auch nur Ihren Anteil daran relativieren wollen, wird sich das Gegenüber wahrscheinlich erst richtig ärgern. Ihre internen Probleme kümmern ihn nicht. Statt dessen hat er das Gefühl, Sie wollten sich aus der Verantwortung stehlen. Liefern Sie also erst einmal eine Entschuldigung, ohne Erklärung oder Rechtfertigung. Schlagen Sie dann sofort eine Lösung vor, wie Sie das Problem beheben wollen. Damit können Sie eine schwierige Situation in Wohlgefallen auflösen.



Wer ist der schwierige Patient?

- Der Stille
- Die Ängstliche
- Der Rechthaberische
- Die Unbelehrbare
- Der Aggressive



Oder ist etwas anderes schwierig?

- Die Persönlichkeit
- Das Verhalten
- Die Motive
- Die konkrete Situation



Die Kunst der gelingenden Kommunikation

Arzt und Patient im Sprechzimmer

Martin Scherer & Hans-Otto Wagner



Beziehungsgestaltung hängt vom ärztlichen Selbstverständnis ab

Eine Studierende der Medizin kommt zum ersten Mal in meine Sprechstunde...

...und möchte 5 Überweisungen zu unterschiedlichen Spezialisten. Sie begründet die Überweisungen in einem mehr minütigen Monolog durch teils hanebüchene monokausale Erklärungsansätze für Laborwerte oder Befindlichkeitsstörungen, die unweigerlich in die notwendige Hinzuziehung des jeweiligen Spezialisten münden. Sie hat offensichtlich keine medizinischen Erwartungen oder Fragen an mich.

Beziehungsgestaltung hängt vom eigenen Wohlbefinden ab

Physician wellness: a missing quality indicator

Jean E Wallace, Jane B Lemaire, William A Ghali

Lancet 2009; 374: 1714-21

See Editorial page 1653

Department of Sociology,

Faculty of Social Sciences

(Prof J E Wallace PhD),

Department of Medicine,

Faculty of Medicine

(Prof J B Lemaire MD),

Prof W A Ghali MD), and

Department of Community

Health Sciences, Faculty of

Medicine (Prof W A Ghali),

University of Calgary, Calgary,

AB, Canada

Correspondence to:

Prof Jean E Wallace, Department

of Sociology, University of Calgary,

2500 University Drive NW,

Calgary, AB, Canada, T2N 1N4

jwallace@ucalgary.ca

When physicians are unwell, the performance of health-care systems can be suboptimum. Physician wellness might not only benefit the individual physician, it could also be vital to the delivery of high-quality health care. We review the work stresses faced by physicians, the barriers to attending to wellness, and the consequences of unwell physicians to the individual and to health-care systems. We show that health systems should routinely measure physician wellness, and discuss the challenges associated with implementation.

Introduction

“Healthy citizens are the greatest asset any country can have.”

Sir Winston Churchill

Physicians are important citizens of health-care systems, and evidence indicates that many physicians are unwell. Physicians who are affected by the stresses of their work may go on to experience substance abuse, relationship troubles, depression, or even death.¹⁻⁴ Results of emerging research show that physicians’ stress, fatigue, burnout, depression, or general psychological distress negatively

review the potential consequences of self-neglect by physicians, both individually and at the level of health-care systems. We also address why health systems should routinely measure physician wellness as an indicator of health-system quality in view of the growing recognition that suboptimum physician wellness adversely affects system performance. We discuss some of the measurement and operational challenges associated with implementation of this missing quality indicator, and raise several issues that will need to be addressed to achieve the desired outcomes of improved physician wellness and system quality.

Beziehungsgestaltung hängt (natürlich!)
auch vom Patienten ab

Eine 42-jährige Geschäftsführerin eines mittelständischen Unternehmens ist seit 4-5 Jahren bei Ihnen in Behandlung. Sie klagt über Stress, privat und beruflich, Erschöpfungsbeschwerden, Einschlafstörungen aber auch über Müdigkeit und Stimmungsschwankungen.

Sie haben sich immer viel Zeit genommen, ihren Klagen geduldig angehört und die somatische Abklärung (ausführliches Laborscreening und symptomfokussierte Diagnostik entsprechend der Leitlinie Müdigkeit) im Laufe der Jahre vervollständigt ohne dass relevante Befunde erhoben werden konnten.

Sie haben in etlichen Gesprächen die Zusammenhänge mit ihrer Belastungssituation geklärt.

Seit 1 ½ Jahren ist sie parallel in psychotherapeutischer Behandlung (dazu mussten Sie sie „überreden“).

Zusätzlich sucht sie aber auch einen Orthopäden, einen Kardiologen und Neurologen auf, weil sie sich Sorgen wegen ihres Herzrasens und Schwindels macht und „Rücken-Verspannungen“ behandeln lässt. IgeL bei Fachspezialisten nimmt sie bereitwillig und gerne in Anspruch.

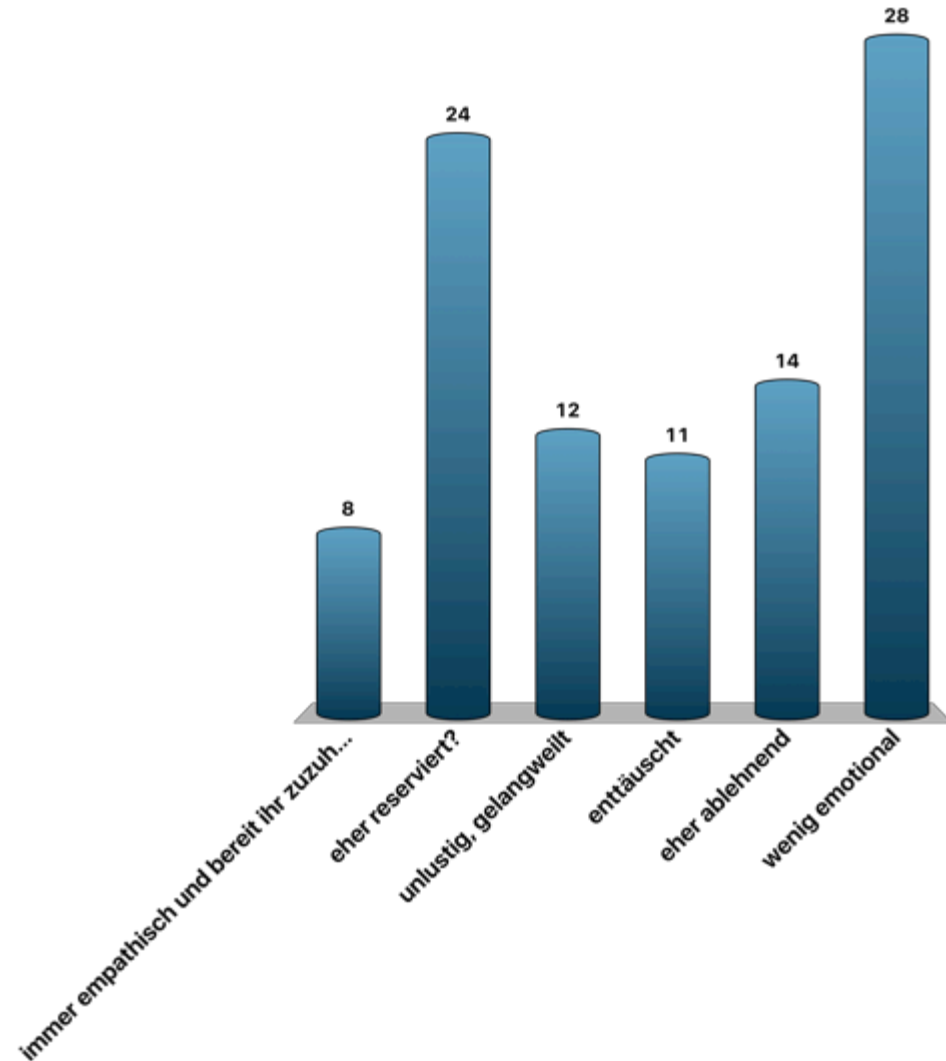
Wegen ihren Beschwerden werden Sie kaum noch von Ihr konsultiert.

Gelegentlich kommt es vor, das der Therapeut ihr eine Auszeit empfiehlt und ihr rät sich vom Hausarzt krankschreiben zu lassen. Es geht dann meist um Zeiträume von 1-3 Wochen.

Auch bei Infekten oder bei Nackenverspannungen (mit der Bitte um ein KG-Rezept) konsultiert sie Sie weiterhin. Ein Attest für die Kostenübernahme der Osteopathie hätte Sie auch gerne von Ihnen.

Wie begegnen Sie der Patientin?

1. immer empathisch und bereit ihr zuzuhören
2. eher reserviert?
3. unlustig, gelangweilt
4. enttäuscht
5. eher ablehnend
6. wenig emotional



Beziehungsgestaltung hängt von den
Rahmenbedingungen des Systems ab

Heute kommt sie zu Ihnen, um den Laborbefund des Endokrinologikums (IGeL) zu besprechen und ... um ihren Unmut zu äußern:

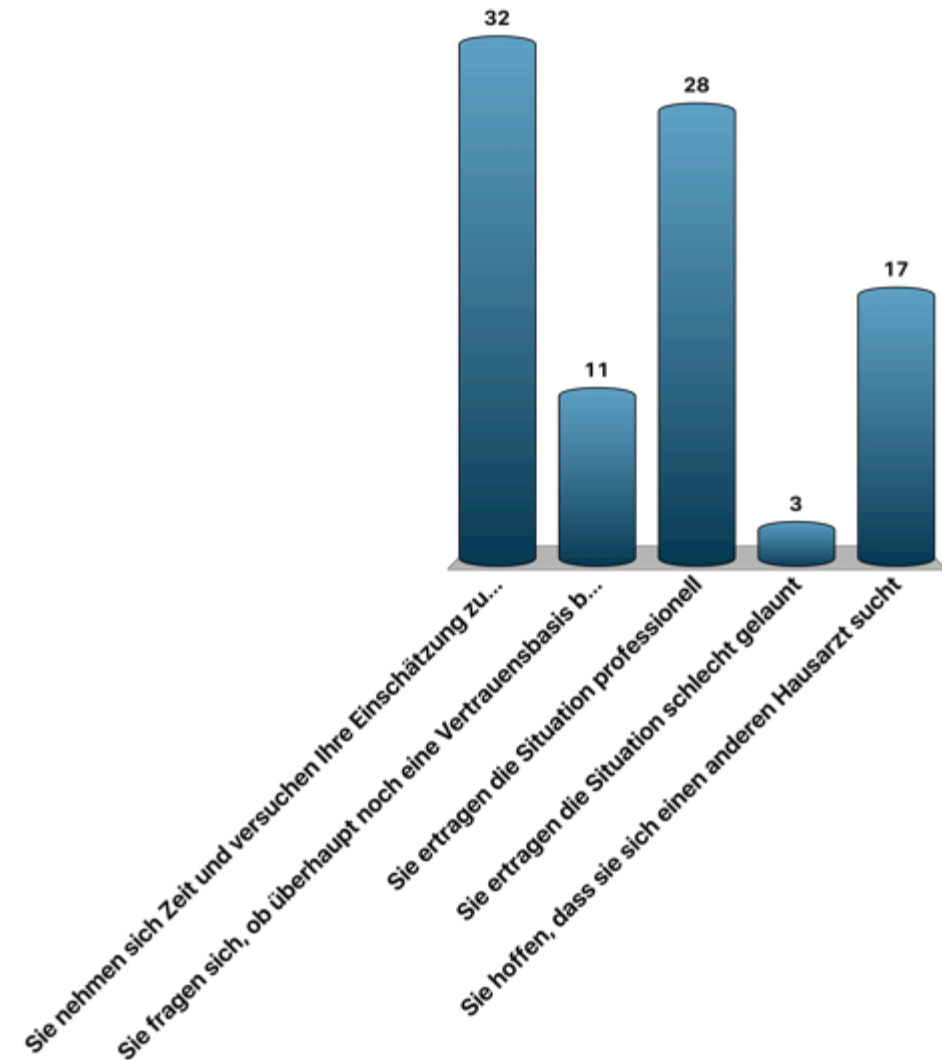
„Endlich habe ein Arzt sich mal Mühe gegeben und die Ursache Ihrer Erschöpfungszustände herausgefunden“

Die umfangreichen und kostenträchtigen Laboranalysen sind alle normal, bis auf einen **erniedrigten Vitamin-D-Spiegel**.

Sie macht Ihnen Vorwürfe, dass sie das nicht entsprechend untersucht haben.

Wie reagieren Sie?

1. Sie nehmen sich Zeit und versuchen Ihre Einschätzung zu vermitteln
2. Sie fragen sich, ob überhaupt noch eine Vertrauensbasis besteht
3. Sie ertragen die Situation professionell
4. Sie ertragen die Situation schlecht gelaunt
5. Sie hoffen, dass sie sich einen anderen Hausarzt sucht



*... ich stelle mich
mittlerweile stur. Bei mir
gibt es Vitamin D nur
noch als IGeL ...*

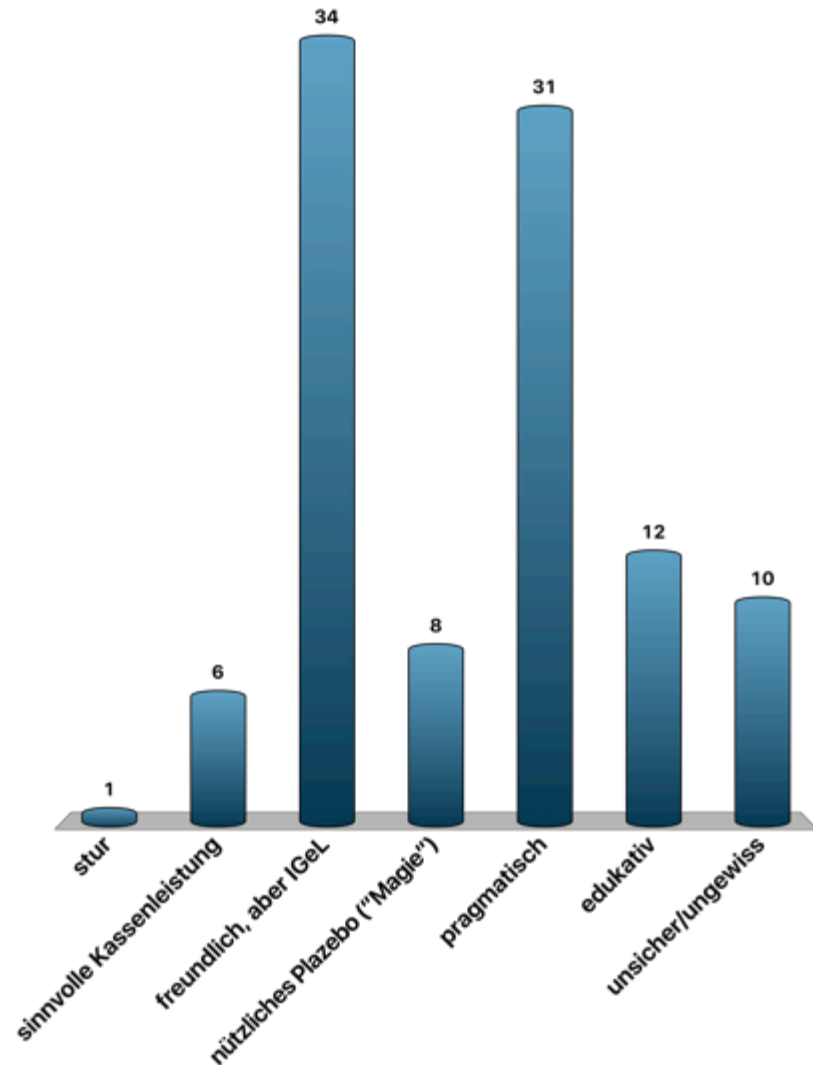
*... wenige wechseln
womöglich den Arzt. Um die
ist es mir egal, für die tauge
ich eh nicht...*

... Irgendwie scheinen die Menschen an was Magisches glauben zu wollen. Sie werden richtiggehend böse, wenn man ihnen den Glauben nimmt...

Aber mit solchen "harmlosen" Interventionen fördern wir massiv ein mechanistisches Menschen- und Gesundheitsbild, das uns jetzt schon übervolle Praxen beschert.
Wir sollten mehr "Nein" sagen

Wo sehen Sie sich?

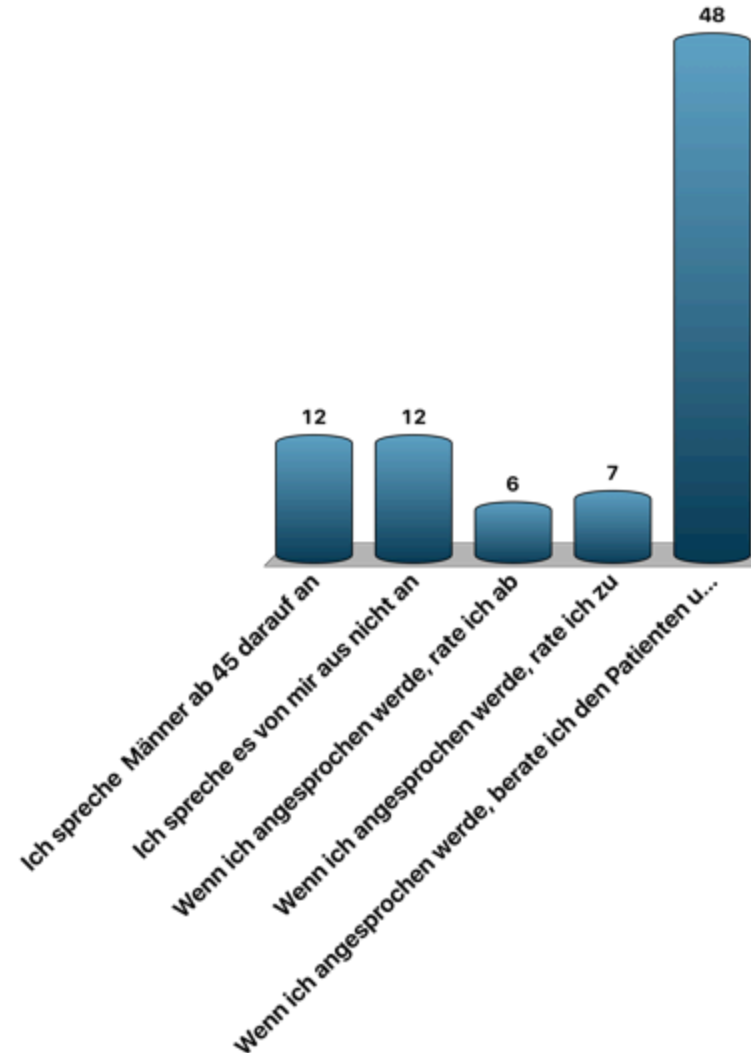
1. stur
2. sinnvolle Kassenleistung
3. freundlich, aber IGeL
4. nützliches Plazebo
("Magie")
5. pragmatisch
6. edukativ
7. unsicher/ungewiss



Kommunikation von Risiken

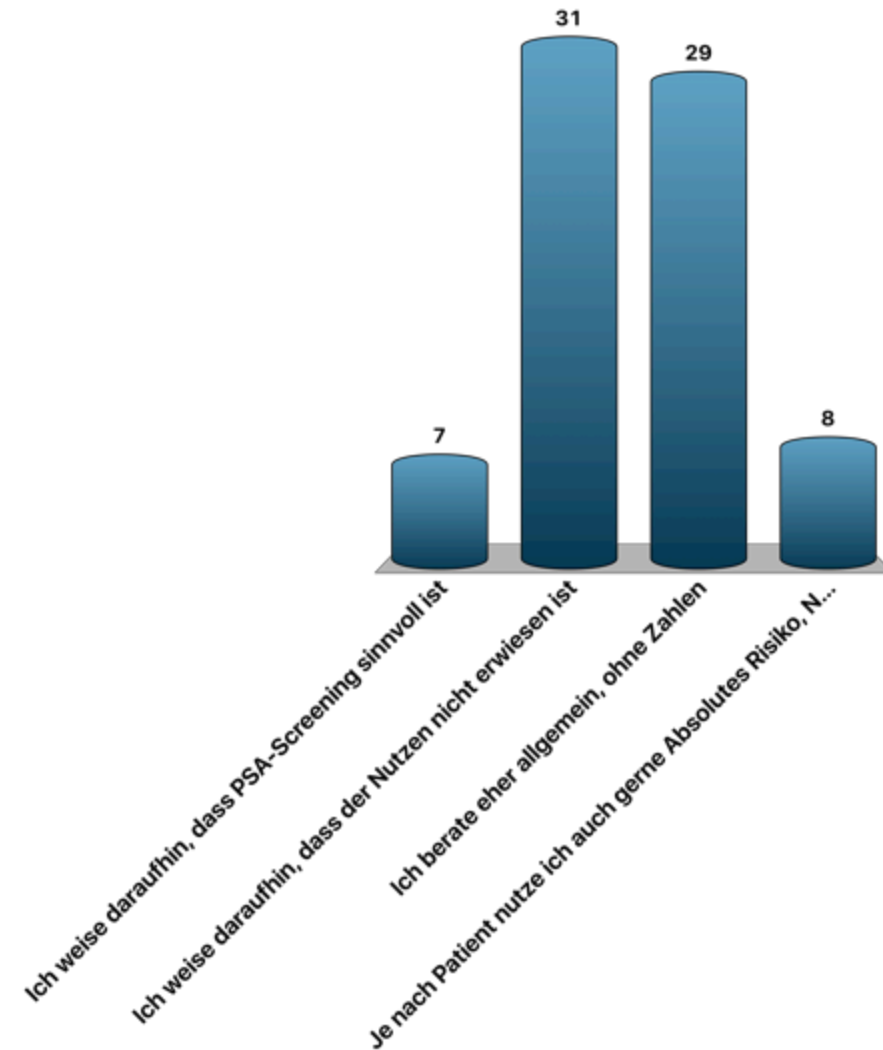
Wie kommunizieren Sie das Prostata-Screening?

1. Ich spreche Männer ab 45 darauf an
2. Ich spreche es von mir aus nicht an
3. Wenn ich angesprochen werde, rate ich ab
4. Wenn ich angesprochen werde, rate ich zu
5. Wenn ich angesprochen werde, berate ich den Patienten und überlasse ihm dann die Entscheidung



Wie beraten Sie?

1. Ich weise daraufhin, dass PSA-Screening sinnvoll ist
2. Ich weise daraufhin, dass der Nutzen nicht erwiesen ist
3. Ich berate eher allgemein, ohne Zahlen
4. Je nach Patient nutze ich auch gerne Absolutes Risiko, NNT und graphische Darstellungen



Früherkennung des Prostatakarzinoms: Wen und wie beraten?

Problem

- Zwei unterschiedliche Sichtweisen auf ein und dieselbe Evidenzgrundlage in einer S3-Leitlinie

Lösung

- Sondervotum der nicht-federführenden Fachgesellschaft (DEGAM)

Aber...

- Sichtbarkeit für die Hausärztinnen und Hausärzte nicht gegeben (versteckt in einer der dicksten S3-Leitlinien überhaupt), Material für die gemeinsame Entscheidungsfindung i.S.d. Sondervotums fehlt

Urologische Sichtweise

Früherkennung des Prostatakarzinoms: Wen und wie beraten?

3.2	Empfehlung	modifiziert 2014
Empfehlungsgrad A	<p>Männer, die mindestens 45 Jahre alt sind und eine mutmaßliche Lebenserwartung von mehr als 10 Jahren haben, sollen prinzipiell über die Möglichkeit einer Früherkennung informiert werden. Bei Männern mit erhöhtem Risiko für ein Prostatakarzinom kann diese Altersgrenze um 5 Jahre vorverlegt werden.</p> <p>Die Männer sollen über die Vor- und Nachteile der Früherkennungsmaßnahmen aufgeklärt werden, insbesondere über die Aussagekraft von positiven und negativen Testergebnissen sowie über gegebenenfalls erforderliche weitere Maßnahmen.</p>	
Level of Evidence 4	Expertenkonsens	
	Gesamtabstimmung: 94 %	

Hausärztliche Sichtweise

Früherkennung des Prostatakarzinoms: Wen und wie beraten?

Sondervotum der DEGAM für den hausärztlichen Bereich zu Empfehlung 3.2		neu 2014
Empfehlungsgrad A	<p>Männer, die den Wunsch nach einer Früherkennungsuntersuchung mittels PSA in der Hausarztpraxis nicht von sich aus äußern, sollen darauf nicht aktiv angesprochen werden.</p> <p>Diejenigen Männer, die von sich aus nach einer Früherkennung fragen, sollen ergebnisoffen über die Vor- und Nachteile aufgeklärt werden. Dabei sollen der mögliche Nutzen wie auch die Risiken (Überdiagnose und Übertherapie) in natürlichen Zahlen und auch grafisch dargestellt werden. Ebenso soll die Aussagekraft von positiven und negativen Testergebnissen dargestellt werden.</p>	
Level of Evidence 4	Expertenkonsens	

Leitlinienprogramm Onkologie (Deutsche Krebsgesellschaft, Deutsche Krebshilfe, AWMF): **Interdisziplinäre Leitlinie der Qualität S3 zur Früherkennung, Diagnose und Therapie der verschiedenen Stadien des Prostatakarzinoms, Langversion 3.0, 2014 AWMF**
 Registernummer: 034/022OL, <http://leitlinienprogramm-onkologie.de/Prostatakarzinom.58.0.html> (Zugriff am: 30.09.2016)

Begründung für das Sondervotum (1)

H.-H. Dubben

Institut für Allgemeinmedizin – W37, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Hamburg

Früherkennung des Prostatakarzinoms

Schaden belegt, Nutzen nicht belegbar

Begründung für das Sondervotum (2)

8. Hausärztliche Versorgung – der beste Schutz vor zu viel und falscher Medizin¹

- Beratung zur Krankheitsfrüherkennung typisch hausärztliche Aufgabe
- Quartäre Prävention („Vermeiden unnötiger medizinischer Maßnahmen oder Übermedikalisierungen“²) ebenso

(1) http://www.degam.de/files/Inhalte/Degam-Inhalte/Ueber_uns/Positionspapiere/DEGAM_Zukunftspositionen.pdf (Zugriff am: 30.09.2016)

(2) http://de.wikipedia.org/wiki/Quartäre_Prävention (Zugriff am: 30.09.2016)

Mann ohne prostatabezogene Beschwerden

Mann ist 45 Jahre
oder älter *und* äußert
von sich aus den
Wunsch nach einer
Prostatakrebs-
Früherkennung

ja

Aufklärung über Vor- und
Nachteile sowie die
Aussagekraft von positiven und
negativen Testergebnissen

Mann äußert weiterhin
den Wunsch nach einer
Prostatakrebs-
Früherkennung

ja

PSA-Bestimmung und ggf.
(danach!) digitale rektale
Untersuchung

nein

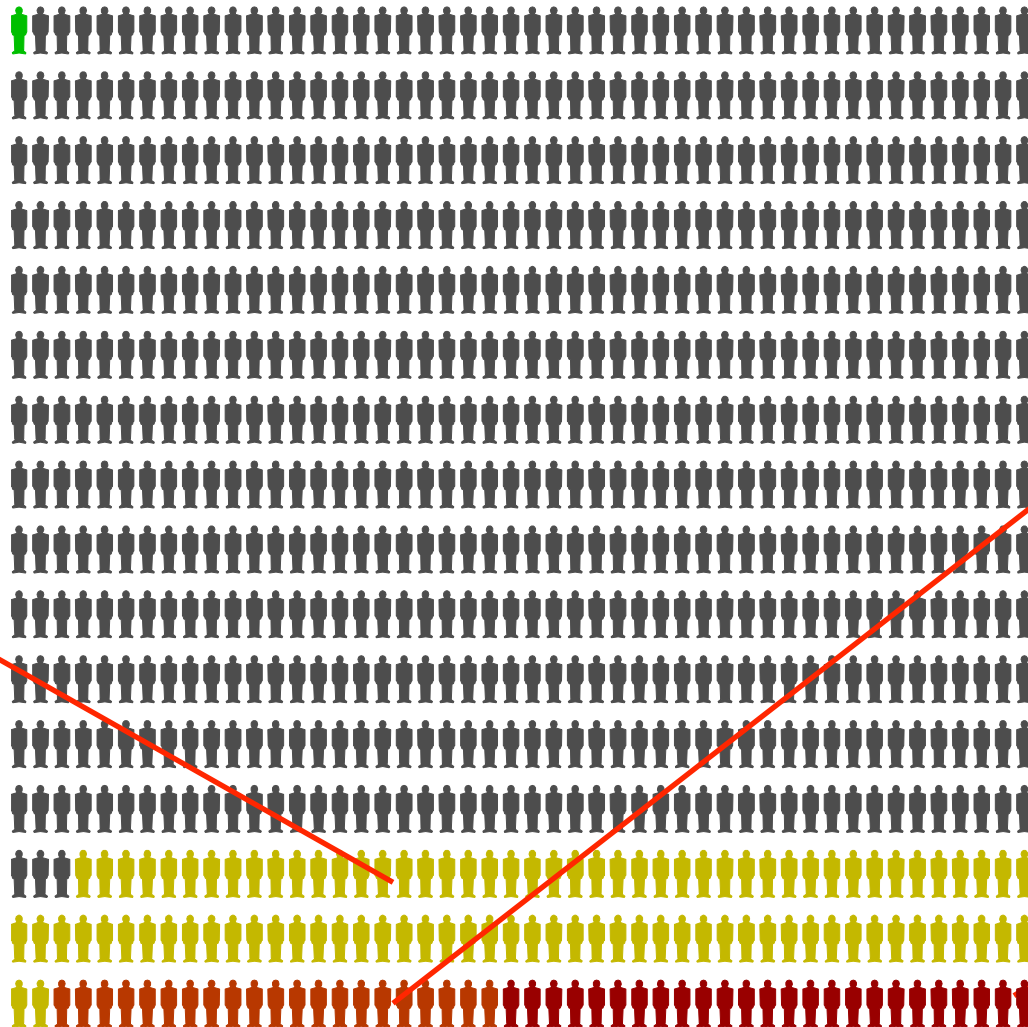
Keine
Früherkennungsuntersuchung

nein

Früherkennung des Prostatakarzinoms: Wen und wie beraten?

*Praxisempfehlung als
Implementierungshilfe
für das Sondervotum
in der S3-Leitlinie*

Um **1** Todesfall (grün) durch Prostatakrebs zu verhindern, müssen **781** beschwerdefreie Männer (alle Farben) 13 Jahre lang zur Früherkennung mittels PSA eingeladen werden.



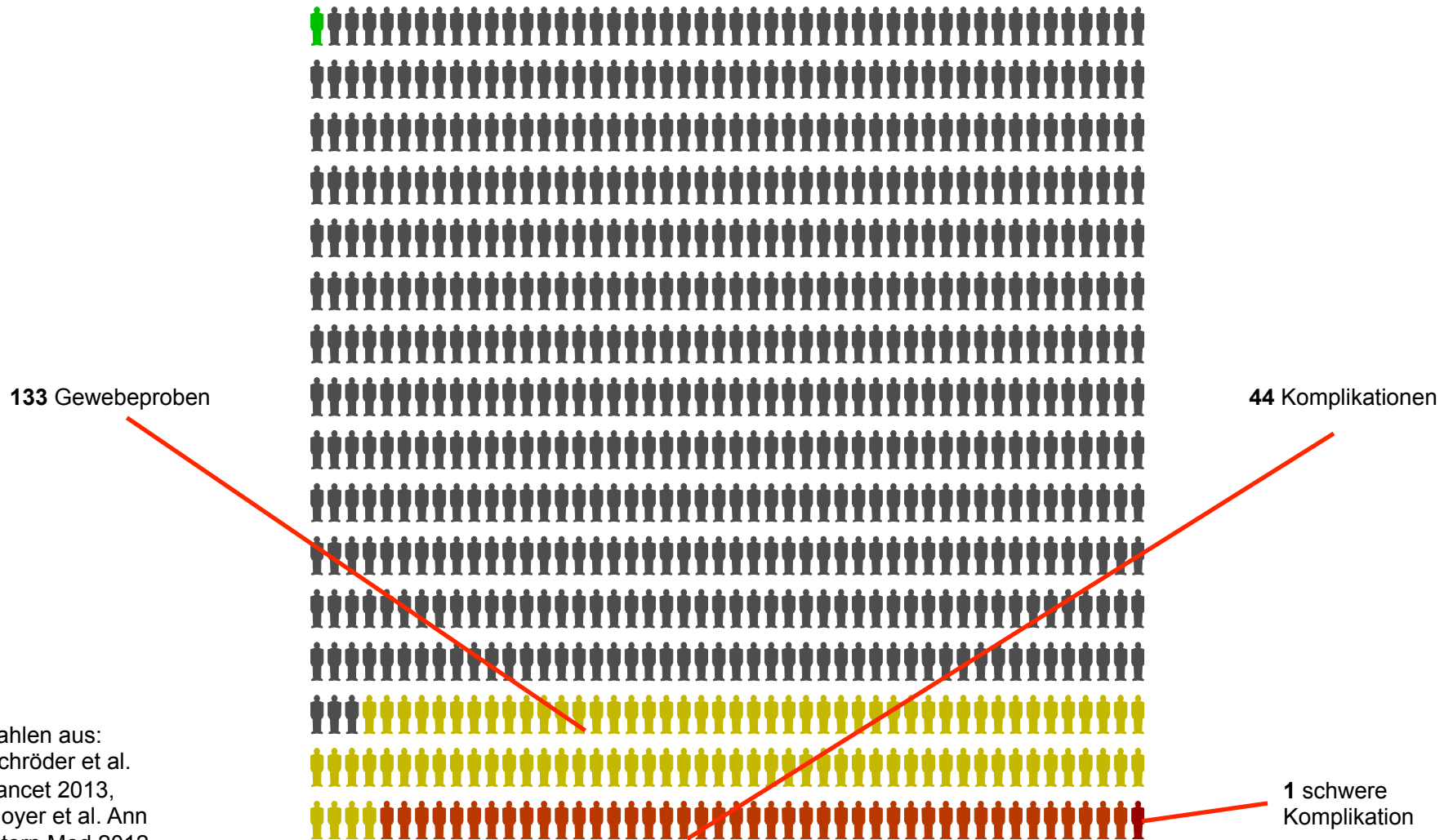
133 positive
Testergebnisse

36 Prostata-Ca-
Diagnosen

Bei 15 wäre der
Krebs nie auffällig
geworden

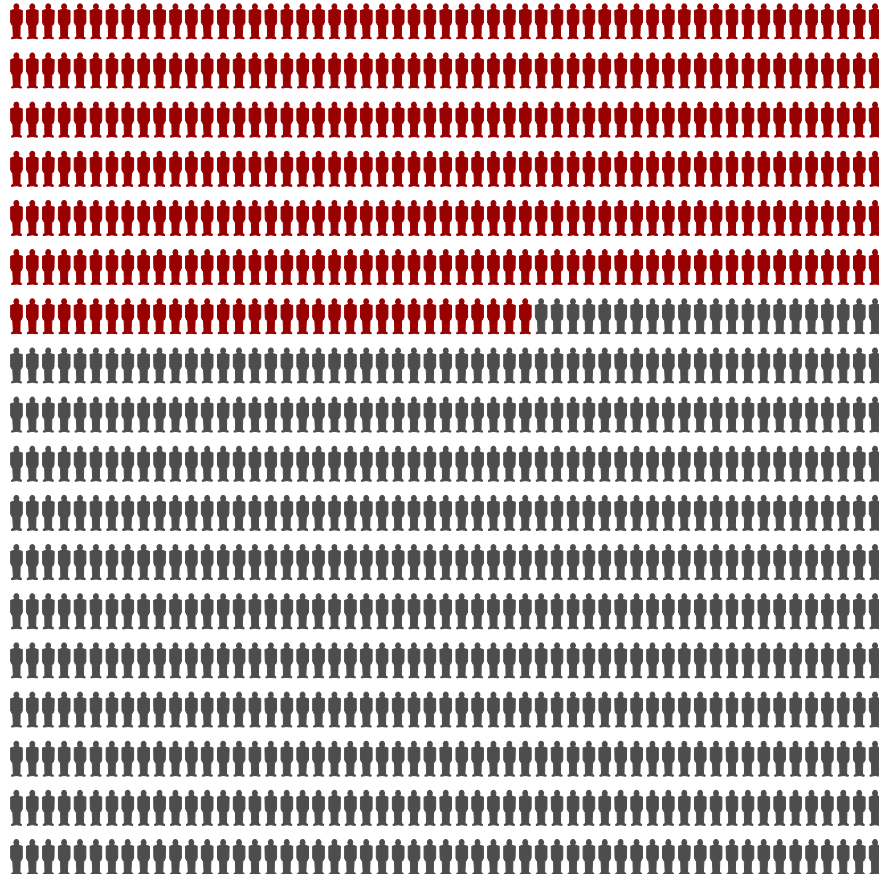
Zahlen aus:
Schröder et al.
Lancet 2013

Um **1** Todesfall (grün) durch Prostatakrebs zu verhindern, müssen **781** beschwerdefreie Männer (alle Farben) 13 Jahre lang zur Früherkennung mittels PSA eingeladen werden.

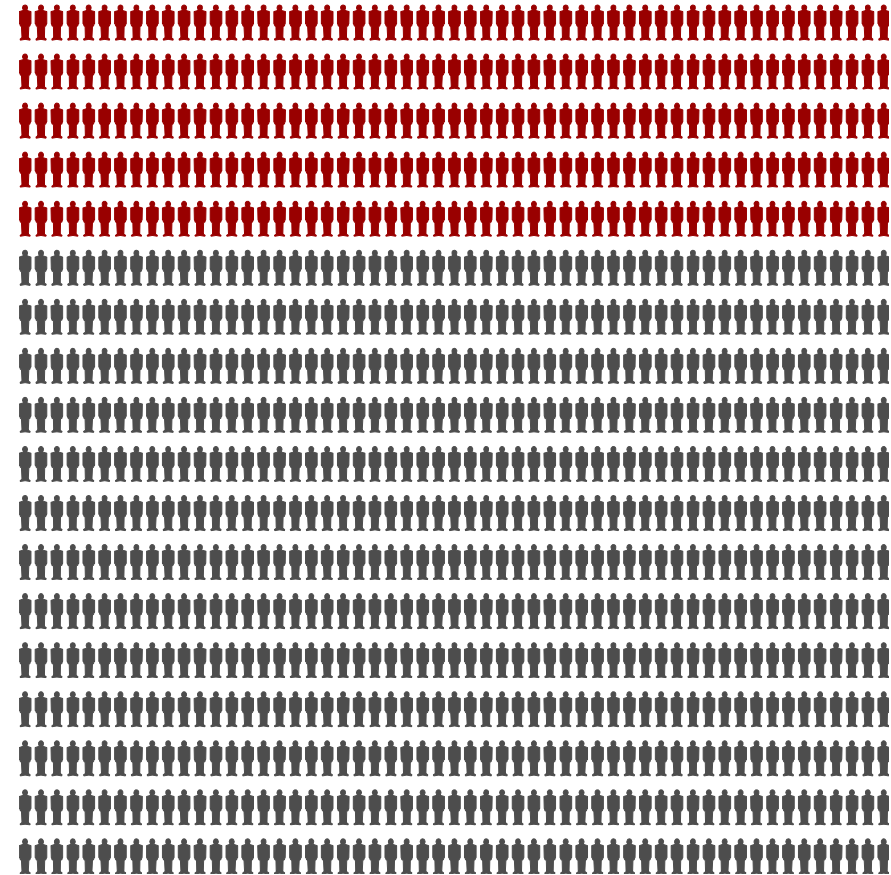


Zahlen aus:
 Schröder et al.
 Lancet 2013,
 Moyer et al. Ann
 Intern Med 2012

Von **1000** beschwerdefreien Männern mit einem **positiven Testergebnis** haben ca. **330** Männer **tatsächlich Prostatakrebs** (rot), ca. **670** Männer haben **keinen Prostatakrebs** (grau).



Von **1000** beschwerdefreien Männern mit einem **negativen Testergebnis** haben ca. **250** Männer **trotzdem Prostatakrebs** (rot), ca. **750** Männer haben **keinen Prostatakrebs** (grau).



Beziehungsgestaltung hängt von der Komplexität der Versorgungssituation ab

Liebe Liste,

würde gerne zu folgendem Fall Ihre Meinungen hören. Habe kürzlich einen **95 Jahre alten Mann** besucht, der mit seiner höchstdementen Frau (sie liegt eigentlich nur im Bett und döst vor sich hin) in einem Heim wohnt. Er ist sehr eingeschränkt mobil (Rollator), hat auch wg KHK eine sehr eingeschränkte Belastbarkeit, kann sich aber noch eigentlich ganz gut um sich selbst kümmern, ist mental noch topfit. Er lebt so vor sich hin, verbringt die Tage im Heim, jede Aktivität strengt ihn sehr an.

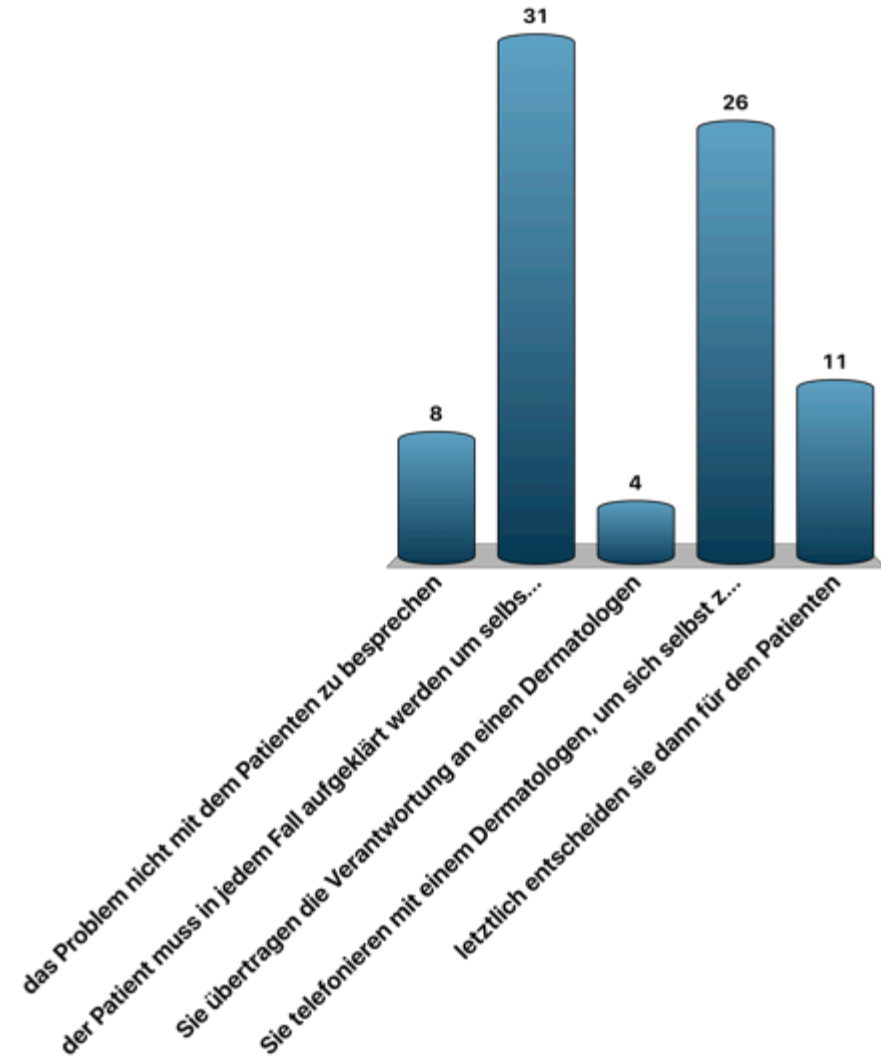
- **Bei dem Besuch fiel mir eine Hautveränderung in seinem Gesicht auf, die aussieht wie ein Malignes Melanom**

Nun frage ich mich, ob ich dieses Fass aufmachen soll: Vorstellung beim Dermatologen, PE bzw. Exzision (an der Wange in der Nähe der Nase, daher ggf schwierige OP?!?), wenn es tatsächlich ein MM ist, folgt ggf. Staging, im schlimmsten Falle Chemo oder was so alles dranhängt. Dazu die psychische Belastung des Patienten. Ich frage mich bei dem Alter des Patienten, ob ich nicht einfach schweige und den Mann so weiterleben lasse, wie bisher, ohne diese ganze Aufregung, die ihm durch die Diagnose des MM entstehen könnte.

Da ich noch ganz am Anfang meines Arztdaseins bin, würde ich gern von Ihrer z.T. langjährigen Erfahrung profitieren und bin sehr an Meinungen interessiert. Was würden Sie machen? Und wie würden Sie das kommunizieren?

Welchen Rat geben Sie dem jungen Kollegen?

1. das Problem nicht mit dem Patienten zu besprechen
2. der Patient muss in jedem Fall aufgeklärt werden um selbst entscheiden zu können
3. Sie übertragen die Verantwortung an einen Dermatologen
4. Sie telefonieren mit einem Dermatologen, um sich selbst zu informieren welche Optionen es hier geben könnte
5. letztlich entscheiden sie dann für den Patienten



Kommunikation kann auch
misslingen, wenn alles „richtig“
gelaufen ist



Gelingende Arzt-Patienten-Kommunikation – die ewige Herausforderung?

Guter Kontakt Kommunikation ist zentraler Baustein der Arzt-Patienten-Beziehung und wird oftmals als Herausforderung für alle Beteiligten erlebt. Inzwischen gibt es eine Fülle von Theorien, Konzepten und empirischen Daten, die Hinweise geben, wie Kommunikation sowohl in scheinbar einfachen als auch in komplexen Versorgungssituationen gelingen kann.

Von Dr. Dagmar Löhnert, Antje Klein, Laura Bräuner, Dr. Egon Puchmann, Anette Strauß, Dr. Hans-Otto Wagner, Prof. Dr. Martin Scherr

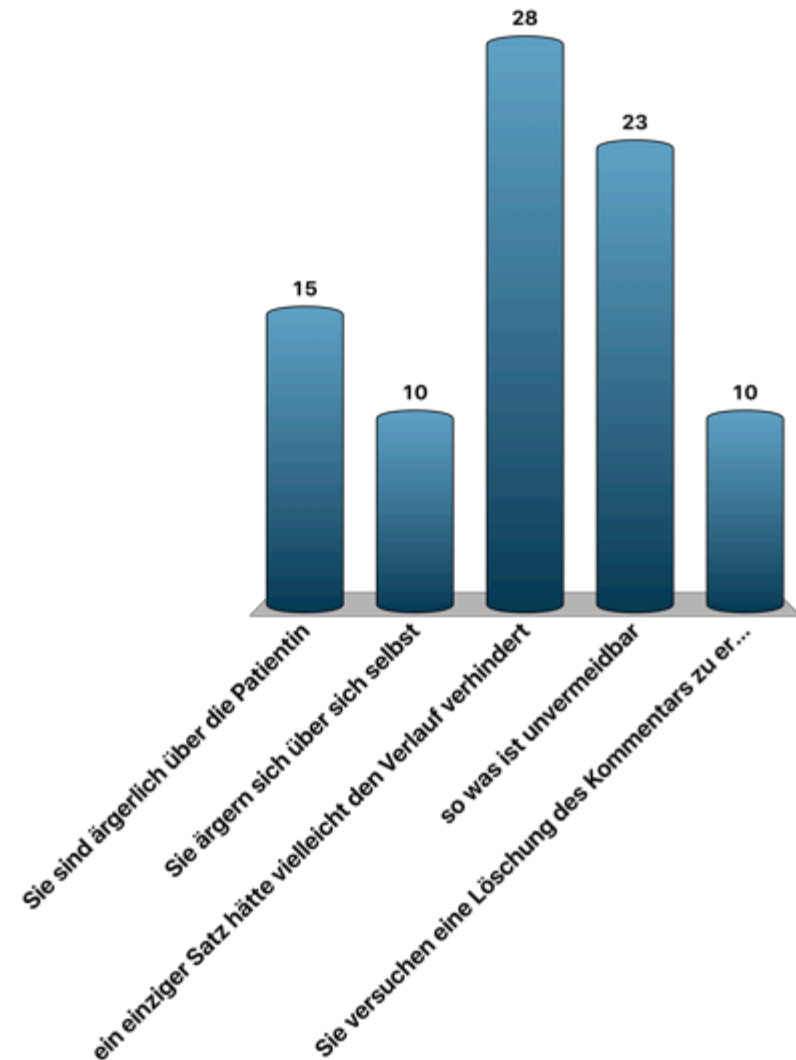
Frühmorgens, kurz nach Öffnung der Praxis, stellt sich bei Ihnen erstmalig die 43-jährige Fr. B. vor, die nervös von einer etwa walnussgroßen, weichen Verdickung an der Oberschenkelinnenseite berichtet, die ihr vor einiger Zeit erstmalig aufgefallen sei. Sie sind sich nach der Schilderung bereits relativ sicher, dass es sich um ein harmloses Lipom handelt. Das Wartezimmer ist voll. Sie kam ohne Termin.

Nach einer kurzen Untersuchung teilen Sie der Patientin mit, dass sie die Verdickung für eine gutartige Fettgewebsgeschwulst halten. Weitere Maßnahmen seien nicht erforderlich, aus kosmetischen Gründen könne sie sich die Verdickung entfernen lassen.

Die Patientin reagiert allerdings nicht erleichtert, sondern irritiert, verabschiedet sich kurz angebunden und geht. Später findet Sie eine ärgerliche Rezension des Praxisbesuchs auf einer Onlineplattform, wo die Patienten für alle sichtbar angibt, nicht wieder in diese Praxis kommen zu wollen:

„Nettes Praxisteam, aber lange Wartezeit, dann ging alles ruck-zuck, nicht viel gefragt, ein schneller Blick und draußen war ich. Hatte keine Zeit nachzufragen was ich habe, scheint nicht gefährlich zu sein, ich soll zum Schönheitschirurgen gehen, wenn es mich stört. Fühlte mich abgeschoben.“

1. Sie sind ärgerlich über die Patientin
2. Sie ärgern sich über sich selbst
3. ein einziger Satz hätte vielleicht den Verlauf verhindert
4. so was ist unvermeidbar
5. Sie versuchen eine Löschung des Kommentars zu erwirken



Wenn Evidenz und Präferenz kollidieren

Herr Klein, ein 57-jähriger, schlanker und sportlicher aktiver Patient ist wegen eines frischen Vorderwandinfarktes (STEMI) stationär behandelt worden und hat einen Stent.

Den Patienten habe ich bisher in den ganzen 15 Jahren nur einmal wegen eines Reitunfalles gesehen.

Er war immer gesund, bezeichnet sich als „Naturfreak“ und lehnt „Chemie“ ab. Angina pectoris-Beschwerden hat er nie gehabt.

Der Patient ist über das Schicksal des erlittenen Vorderwandinfarktes sehr verunsichert und kann sich seine Erkrankung nicht erklären. Er habe doch immer gesund gelebt, nie geraucht und auch der Blutdruck sei bei gelegentlichen Kontrollen in Verwandtschaftskreisen immer normal gewesen. Allerdings ist jetzt im Krankenhaus ein Cholesterinspiegel von 250 mg/dl aufgefallen und auch sei der Blutdruck dort erhöht gewesen.

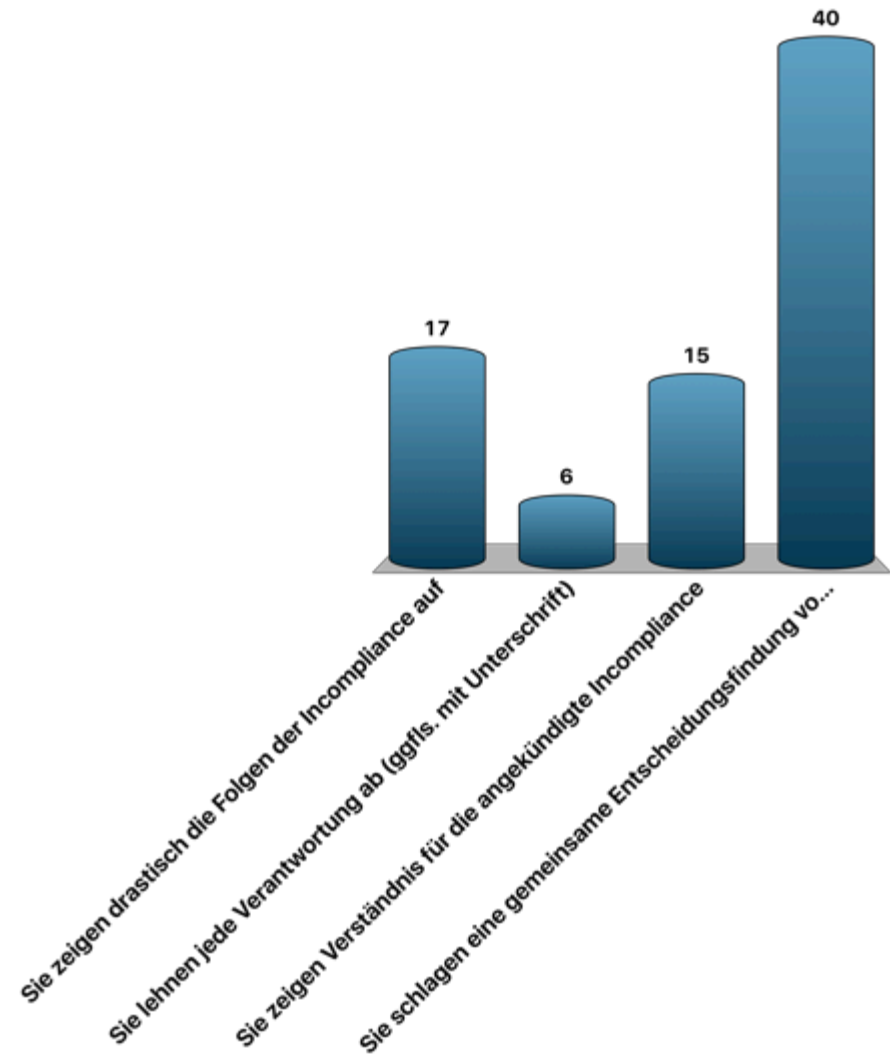
Nach der Entlassung geht es ihm wieder sehr gut, er hat keine kardialen Beschwerden. An Medikamenten sollte er einen Betablocker, einen ACE-Hemmer und ein Statin sowie ASS und Ticagrelor nehmen.

Der Patient hat nach seiner Entlassung am Freitag übers Wochenende diese Medikamente nicht eingenommen und ist sehr ablehnend gegenüber jeglicher Tabletteneinnahme eingestellt und möchte „höchstens“ nur ASS nehmen.

- **Ich bin mir sicher, dass er in keinem Fall alle Medikamente nehmen wird.**

Wie kommunizieren Sie das Problem?

1. Sie zeigen drastisch die Folgen der Incompliance auf
2. Sie lehnen jede Verantwortung ab (ggfls. mit Unterschrift)
3. Sie zeigen Verständnis für die angekündigte Incompliance
4. Sie schlagen eine gemeinsame Entscheidungsfindung vor (Kompromiss)





Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!