

Das hausärztliche Gespräch – ein qualitativer Blick auf die Erlebniswelt von Arzt und Patient

The Physician-Patient Interaction in Family Practice – a Qualitative Study

Maria Böttcher¹, Jost Steinhäuser², Katja Götz^{1,2}

Hintergrund: Der unmittelbare, persönliche Kontakt insbesondere in der kommunikativen Begegnung zwischen Arzt und Patient in der Hausarztpraxis ist von großer Bedeutung. Mit dem aus den Niederlanden stammenden MAAS-Global-D steht ein Instrument zur Bewertung von kommunikativen Fähigkeiten zur Verfügung. Ziel der qualitativen Studie war es, Aspekte, die Hausärzten und Patienten in der Arzt-Patienten-Kommunikation wichtig sind, zu ermitteln und den Inhalten des MAAS-Global-D gegenüberzustellen.

Methoden: Es wurde ein qualitatives Studiendesign gewählt. Dabei wurden Interviews mit Hausärzten (n = 13) und Fokusgruppen mit Patienten (n = 19) durchgeführt. Die Auswertung orientierte sich dabei am Vorgehen der qualitativen Inhaltsanalyse.

Ergebnisse: In den Ergebnissen wurde deutlich, dass das Gespräch einer bestimmten, individuellen Struktur unterliegt und damit eine beziehungsbildende Komponente in der kommunikativen Begegnung zwischen Arzt und Patient darstellt. Gleichzeitig wurde festgestellt, dass verschiedene Gesprächstechniken angewandt wurden, um die Begegnung zu strukturieren. Dabei zeigte sich auch, dass das MAAS-Global-Handbuch diese Techniken abbildet und daher geeignet für den Einsatz in Deutschland erscheint.

Schlussfolgerungen: Aufgabe zukünftiger Forschungsarbeiten sollte die Entwicklung von Handlungsempfehlungen für das hausärztliche Gespräch sein. Darüber hinaus kann die gezielte Schulung kommunikativer Kompetenzen während der Weiterbildung gefördert werden.

Schlüsselwörter: Arzt-Patient-Kommunikation; Hausarzt; kommunikative Kompetenz; MAAS-Global-D; Schulung

Background: The personal contact between physician and patient and their interaction is an essential aspect in family practice. The evaluation of communication skills could be performed with the MAAS-Global instrument developed in the Netherlands. Aim of this study was to get more information about the relevance of communication in physician-patient contact in family practice compared to the content of the instrument MAAS-Global-D.

Methods: A qualitative study design was chosen. Interviews with family practitioners (n = 13) and focus groups with patients (n = 19) were conducted and analyzed with qualitative content analysis.

Results: The physician-patient interaction followed a specific, individual structure and presented an important component for their relationship. Different interview techniques were used to structure the physician-patient contact. Moreover, it can be assumed that the MAAS-Global manual displayed most of these techniques and appears suitable for use in Germany.

Conclusions: Future research is necessary and should include training about communicative competence as well as development of guidelines for the physician-patient interaction in family practice.

Keywords: Physician-Patient Interaction; Family Practitioner; Communicative Competence; Training; MAAS-Global-D

¹ Abteilung Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung, Universitätsklinikum Heidelberg

² Institut für Allgemeinmedizin, Universitätsklinikum Schleswig-Holstein, Campus Lübeck

Peer reviewed article eingereicht: 07.03.2016, akzeptiert: 12.05.2016

DOI 10.3238/zfa.2016.0438-0444

Hintergrund

Der unmittelbare, persönliche Kontakt zwischen Arzt und Patient zählt zu den zentralen beziehungskonstituierenden Elementen [1]. Dabei stellt die Kommunikation einen wesentlichen Schwerpunkt dar, der unter anderem die glaubwürdige Selbstdarstellung von Arzt und Patient, die Vermittlung einer interpersonellen Beziehung sowie die Veränderung des Gesundheitsverhaltens des Patienten beeinflussen kann [2, 3]. Die Fähigkeit des Arztes mit seinen Patienten zu kommunizieren, ist ein wesentlicher Aspekt, der sowohl die Qualität der Beziehung als auch gesundheitsbezogene Outcomes positiv beeinflussen kann [4]. Angesichts der Tatsache, dass die häufigsten Patientenbeschwerden auf Defizite bezüglich der fehlenden kommunikativen Kompetenz ärztlicherseits zurückzuführen sind [5–7], sollte der Vermittlung dieser Kompetenz an Ärzte während der Ausbildung, Weiterbildung und Fortbildung eine zentrale Bedeutung zukommen.

In der aktuellen Approbationsordnung für Humanmediziner taucht der Begriff „Kommunikation“ (nur) zweimal und zwar lediglich im vorklinischen Abschnitt in den Fächern Medizinische Psychologie und Soziologie auf [8]. Ein einheitliches Kommunikationscurriculum für alle Medizinischen Fakultäten in Deutschland wurde angekündigt [9] und dessen Lernziele bereits mit dem Nationalen kompetenzbasierten Lernzielkatalog beschrieben [10].

In der Weiterbildung zum Facharzt für Allgemeinmedizin ist das Erlernen von Kommunikationsfähigkeiten und -fertigkeiten von der individuellen Ausgestaltung durch den Arzt in Weiterbildung abhängig. Diese Situation wurde bereits 2009 in einem Bericht über die Weiterbildung in der Allgemeinmedizin in Deutschland kritisch eingestuft: „Communication skills are a vital component of training for GPs and need to have protected time in the curriculum. A sufficient standard needs to be reached by all trainees“ [11]. Im internationalen Kontext zählen die kommunikativen Kompetenzen zu einer der sieben Kernkompetenzen innerhalb der in Kanada entwickelten CanMedS-Rollen (Canadian Medical Education Directives for Specialists) [12]. Die CanMedS-Rollen bilden einen Rahmen für kom-

petenzbasierte Weiterbildung und wurden beispielsweise in den Niederlanden in das Curriculum der Weiterbildung zum Facharzt für Allgemeinmedizin aufgenommen [12]. In den Niederlanden zählt die Schulung kommunikativer Kompetenzen unter Verwendung eines Tools, das standardisiert kommunikative und medizinische Kompetenzen erfassen kann, zu einem verpflichtenden Bestandteil innerhalb der Weiterbildung zum Facharzt für Allgemeinmedizin [13]. Seit über zehn Jahren wird dazu das MAAS-Global (Maastricht History taking and Advice Scoring list consisting of global items) Instrument verwendet [14]. Es besteht aus 17 Items unterteilt in drei Bereiche (Kommunikationsfähigkeiten für jede Gesprächsphase, Allgemeine Kommunikationsfähigkeit und Medizinische Aspekte) [13]. Mit dem MAAS-Global-D liegt seit diesem Jahr eine deutsche Version vor [13]. Nach unserem Kenntnisstand gab es bisher in Deutschland noch kein vergleichbares Instrument dieser Art. Von daher sollte dieses Instrument – MAAS-Global-D – mit dem Kommunikationsverhalten darin ungeschulter Hausärzten in Deutschland in einem zweiten Schritt abgeglichen werden. Von besonderem Interesse war zu explorieren, welche kommunikativen Handlungen im Arzt-Patienten-Gespräch eingebracht werden und ob diese durch den MAAS-Global-D abgebildet werden.

Von daher war das Ziel der vorliegenden qualitativen Studie, Einblicke in die kommunikativen Handlungen in Hausarztpraxen zu gewinnen. Um relevante Inhalte für eine Kommunikationsschulung für Ärzte in Weiterbildung zu generieren, war dabei von besonderem Interesse berufserfahrene Hausärzte und deren Patienten zur Struktur und zum kommunikativen Ablauf eines hausärztlichen Gesprächs sowie zu den damit verbundenen Eigenschaften des Hausarztes zu befragen. Da das MAAS-Global Instrument in einem anderem Gesundheitssystem entwickelt wurde, war es zudem wichtig zu vergleichen, welche Aspekte von Kommunikation von erfahrenen Hausärzten in Deutschland als relevant eingeschätzt werden, um abschätzen zu können, inwieweit das MAAS-Global-D Instrument für den Einsatz in Deutschland geeignet ist.

Methoden

Das qualitative Studiendesign wurde zur explorativen Hypothesengenerierung gewählt, um Erlebnisse und Erfahrungen von Hausärzten und Patienten während des ärztlichen Gesprächs abzubilden und diese in einem weiteren Schritt (zu einem zeitlich drei Jahre späteren Zeitpunkt) im Sinne einer Sekundärdatenanalyse in Beziehung mit dem Handbuch des MAAS-Global-D zu setzen. Untersuchungsgegenstand war der aus Interviews und Fokusgruppen entstammende transkribierte Text, dessen Inhalte analysiert wurden.

Datenerhebung

Die Datenerhebung fand zwischen November 2011 und April 2012 statt. Es wurden 113 Hausärzte aus der Region Heidelberg postalisch angeschrieben. Einschlusskriterien waren mindestens fünf Jahre Berufserfahrung sowie eine Niederlassung als Allgemeinmediziner, hausärztlicher Internist oder Praktischer Arzt. Zur Teilnahme an der Studie erklärten sich 13 Hausärzte (HA1–13) bereit. Die Interviews wurden je nach Präferenz des Arztes entweder telefonisch oder persönlich in der Arztpraxis geführt und dauerten im Mittel 45 Minuten. Des Weiteren wurden die teilnehmenden Hausärzte gebeten, aus ihren Praxen Patienten für die Studie zu rekrutieren, die zum Zeitpunkt der Erhebung zwischen 18 und 60 Jahren alt waren. Von der Studie ausgeschlossen wurden Patienten, die aufgrund unzureichender deutscher Sprachkenntnisse der Gruppendiskussion nicht hätten folgen können. Von insgesamt 20 Patienten, die sich zur Teilnahme angemeldet hatten, nahmen 19 Patienten tatsächlich an der Studie teil. Mit den Patienten fanden Fokusgruppensitzungen (FG1–3) statt, die durchschnittlich 90 Minuten dauerten. Zwei Fokusgruppen fanden im Studienzentrum statt. Eine weitere Fokusgruppe wurde aufgrund der ländlicheren Wohnlage der Patienten in einer Arztpraxis unter Ausschluss des Arztes durchgeführt. Darüber hinaus wurden mit zwei Patienten (P1–2), die zeitlich verhindert waren, an der Fokusgruppe teilzunehmen, telefonische Interviews geführt. Darüber hinaus wurden anhand eines Zusatzfragebogens sozioökonomische Daten der Patienten erhoben.

Charakteristika – Hausarzt		Angaben (n = 13)
Geschlecht	weiblich	7
	männlich	6
Alter	Mittelwert (SD)	53,6 Jahre (6,4)
	Range	41–64 Jahre
Niederlassungszeit	Mittelwert (SD)	18,8 Jahre (5,8)
	Range	5–26 Jahre
Gemeinschaftspraxis		6
Einzelpraxis		7
Charakteristika – Patienten		Angaben (n = 19)
Geschlecht	weiblich	10
	männlich	9
Alter	Mittelwert (SD)	39,8 Jahre (13,8)
	Range	22–56 Jahre
Wie lang sind Sie bereits Patient in Ihrer Hausarztpraxis?	1–2 Jahre	2
	3–7 Jahre	4
	8–12 Jahre	1
	mehr als 13 Jahre	12
Wie oft suchen Sie Ihren Hausarzt innerhalb von 12 Monaten normalerweise auf?	0–1 Mal	2
	2–3 Mal	2
	4–5 Mal	8
	6–7 Mal	2
	8–9 Mal	1
	mehr als 10 Mal	4
SD = Standardabweichung		

Tabelle 1 Soziodemografie der teilnehmenden Hausärzte und Patienten

Die Patienten erhielten eine Aufwandsentschädigung von 50 Euro.

In den Fokusgruppen waren neben den Teilnehmern ein Moderator und ein Protokollant anwesend. Sowohl die Interviews als auch die Fokusgruppen wurden mithilfe eines halbstandardisierten Leitfadens durchgeführt, der auf einer Literaturrecherche zum aktuellen Forschungsstand der Arzt-Patient-Kommunikation in der Hausarztpraxis sowie eigenen Überlegungen basierte. Er enthielt neben allgemeinen Aspekten zum Arzt-Patient-Gespräch auch etwaige Einflussfaktoren auf das Gespräch. Die Testung erfolgte in drei Pilotinterviews mit Ärzten und ging mit entsprechenden Anpassungen einher. Ein positives Ethikvotum wurde vor Studienbeginn erteilt (S-344/2011). Voraussetzung für die Teilnahme war das Vorliegen einer unterschriebenen Einverständniserklärung.

Datenauswertung

Alle Gespräche wurden digital aufgezeichnet und im Anschluss als Volltext pseudonymisiert transkribiert. Die Auswertung der Interviewtranskripte erfolgte in Anlehnung an die qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring [15]. Das Datenmaterial wurde zunächst mithilfe eines Kategoriensystems zusammengefasst, expliziert und strukturiert. Die Kategorienbildung erfolgte sowohl induktiv als auch deduktiv mittels des Datenanalyseprogramms ATLAS.ti [16]. Zwei Personen nahmen eine unabhängige Probekodierung der ersten drei Ärztinterviews vor (MB, KG). Diese wurde anschließend gemeinsam unter Hinzuziehung einer unabhängigen dritten Person diskutiert und konsentiert, sodass das Datenmaterial mit dem final entwickelten Kategoriensystem analysiert werden konnte. Im Sinne einer Sekun-

därdatenanalyse wurde das Kategoriensystem mit den Inhalten des MAAS-Global-D Instruments verglichen und tabellarisch dargestellt.

Ergebnisse

Eine detaillierte **Stichprobenbeschreibung** kann Tabelle 1 entnommen werden. Insgesamt nahmen 13 Hausärzte an der Studie teil, wovon sieben Frauen waren. Das Alter der Ärzte lag zwischen 41 und 64 Jahren (Mittelwert 54 Jahre). Die 19 an der Studie teilnehmenden Patienten, darunter zehn Frauen, waren zum Zeitpunkt der Befragung zwischen 22 und 56 Jahren alt (Mittelwert 40 Jahre).

Im Folgenden werden die **Hauptkategorien** und die dazugehörigen Unterkategorien dargestellt und exemplarisch mit Zitaten ausgeführt. Eine Übersicht hierzu gibt die Tabelle 2. Ebenso zeigt Tabelle 2, hinsichtlich welcher **Unterkategorien** eine Zuordnung zu dem MAAS-Global-D Instrument vorgenommen werden konnte.

Themenbereich: „Ablauf des Arzt-Patienten-Gesprächs“

Den Abläufen der Arzt-Patienten-Gespräche liegen individuelle Strukturen zugrunde, so die Wahrnehmung der teilnehmenden Hausärzte. Folgende Strukturelemente äußerten die Ärzte: Nach der Begrüßung des Patienten stellten die Hausärzte eine Einstiegsfrage. Das weitere Gespräch entwickelte sich abhängig vom Anliegen des Patienten. Die Hausärzte hörten den Angaben des Patienten zu und führten das Gespräch eher offen, das heißt ohne vorgegebenen Gesprächsplan. Zwischenfragen des Arztes konkretisierten die Patientenangaben. Ein Hausarzt erwähnte explizit, dass er seine Gespräche nach dem SOAP-Schema (subjektives Befinden – objektive Befunde – Assessment – Plan der Behandlung) durchführe.

Kommunikation geht über das Gesprochene hinaus. Dies äußerten die Patienten: „[E]ine einfühlsame Körpersprache“ zeige dem Patienten, „dass er (der Hausarzt) einen ernst nimmt und sich wirklich Mühe gibt“ (FG1A). Dabei spiele auch der Augenkontakt eine wichtige Rolle und der Arzt solle mit einer offenen Körperhaltung dem Patienten zugewandt

sein. Dadurch erkenne der Patient, dass der Arzt „[k]onzentriert auf den Patienten“ (FG2B) gerichtet ist.

Als einen weiteren wichtigen Aspekt kristallisierten sich die Gesprächstechniken sowohl bei Ärzten als auch Patienten heraus. Diese helfen, dem Gegenüber Gesprächsinhalte verbal verständlich beizubringen, die für die Behandlung nötigen Informationen vom Gesprächspartner zu gewinnen und eine angenehme Gesprächsatmosphäre zu schaffen. So erwarteten die Patienten von ihrem Hausarzt, dass dieser sie ausreden ließ. Dies war vor allem der Fall in Situationen, in denen die Beschwerden nicht eindeutig zuzuordnen waren.

„Ich denke zuerst, dass er mal zuhört. Einfach mal. Dass man mich reden lässt. Und – wie gesagt – wenn ich sage: ‚Ich habe Schnupfen.‘ Das hört man. Und wenn ich einen Husten habe, dann hört man es auch. Aber wenn es dann mal die Bauchschmerzen sind, irgendwo denke ich, ist es auch wichtig, ja, dass ich einfach ausreden kann“ (FG1H).

HA1 und HA3 schilderten, dass sie ihre Patienten „bewusst ausreden“ (HA3) lassen. HA3 nannte dies die „Technik des Leerredenlassens des Patienten“.

Den Patienten war wichtig, dass der Hausarzt ohne Voreingenommenheit und mit ganzer Aufmerksamkeit „[ihren] Problemen zuhört“ (FG1B). Zwei Hausärzte erwähnten in diesem Zusammenhang, dass sie den Patienten „aktiv“ (HA1) zuhören würden, wodurch der Erzählfluss des Patienten stimuliert würde. Laut HA2 war „aktives Zuhören“ erkennbar „durch Nicken und „Hm hm“ [= zustimmender Laut] und folgen und nachfragen und zusammenfassen“. Viele Hausärzte teilten in den Interviews mit, dass sie ihre Sprache dem jeweiligen Patienten anpassten und so von „Patient zu Patient verschieden“ (HA10) sprächen. Die Unterschiede zwischen den Patienten machten sie anhand „deren Sprache [oder in] deren Sicht vom Leben“ (HA10) fest.

Im Textkasten (S. 442) ist zusammengefasst, welche Aspekte den Gesprächstechniken zugeordnet wurden.

Themenbereich: Charakteristika des Hausarztes

Zum Themenbereich „Charakteristika des Hausarztes“ wurden die Erfahrungen der befragten Ärzte und Patienten bezüglich Eigenschaften von Hausärzten im

Themenbereich	Hauptkategorie	Unterkategorie	Aspekt im MAAS-Global-D
Ablauf des Arzt-Patienten-Gesprächs	Gesprächsstruktur	Begrüßung	√
		Frageformate	√
	Nonverbales Verhalten	Hilfsmittel	√
		Gesprächsunterstützung	√
	Gesprächstechniken	Ausreden lassen	√
		Zuhören	√
		Nachfragen	√
		Offene Fragen	√
		Positive Verstärkung	√
		Abwartendes Offenlassen	
		Aufgreifen von Emotionen	√
		Anpassung der Sprache	√
		Vermeidung von Fachsprache	√
	Vergleiche		
Wiederholungen	√		
Charakteristika des Hausarztes	Professionalität	Verhalten gegenüber Patienten	√
		Grenzen der eigenen Fähigkeiten	√
	Authentizität	Wahrnehmung der Patienten	√
		Beratung der Patienten	√
	Offenheit und Neugier	Interesse am Patienten	√
	Ganzheitlichkeit	Bio-psycho-soziale Betrachtung	√
	Selbstfürsorge	Inanspruchnahme anderer Leistungserbringer	
		Abgrenzung	

Tabelle 2 Übersicht der Themenbereiche und dazugehörigen Kategorien

Gespräch subsumiert. Eine wichtige Kategorie stellte die der Professionalität dar. Ärzte sollten sich im Gespräch professionell verhalten. Sehr emotionale Erlebnisse würden zwar viele Ärzte noch im Nachhinein beschäftigen, jedoch eigenen Angaben zufolge keinen Einfluss auf die nachfolgende Arbeit mit anderen Patienten haben. Diese Selbstkontrolle scheint jedoch nicht von Anfang an vorzuherrschen, sondern „Jahrzehnte lang trainiert“ (HA1) zu sein. Um Auswirkungen emotionaler Gespräche zu minimieren, war es für die Hausärzte hilfreich, sich bewusst vor Augen zu führen, dass

nachfolgende Patienten unabhängig von anderen Patientengesprächen behandelt werden sollten. „Ich habe mir einfach noch einmal klar gemacht – natürlich gibt es Situationen, wo ich mich sehr geärgert habe, und dann kommt der nächste Patient und ich habe das noch im Kopf und ich werde dem ja gar nicht gerecht. Warum soll er die Konsequenz davon tragen? Und warum soll ich jetzt diesen Ärger, den ich über einen Patienten habe, dieses Ausmaß zulassen?“ (HA10). Ein Patient äußerte die positive Wahrnehmung, dass sich sein Hausarzt während des aktuellen Arzt-Patient-Kontaktes nicht von anderen Patienten-

PD Dr. Katja Götz ...

... ist seit Oktober 2015 wissenschaftliche Koordinatorin am Institut für Allgemeinmedizin am Universitätsklinikum Schleswig-Holstein, Campus Lübeck. Sie ist promovierte Soziologin und im Fach Versorgungsforschung habilitiert. Ihre Arbeitsschwerpunkte umfassen die Themenfelder Arbeitsbedingungen und Arbeitszufriedenheit in medizinischen Kontexten und deren Einflüsse auf die Versorgungsqualität sowie die Evaluation neuer Versorgungsmodelle.

gesprächen irritieren ließe: „*Der macht die Tür zu, das ist ein Schnitt. Zum nächsten. Tür zu, Schnitt. Da ist immer ein Schnitt. Sie kriegen nichts mit, was vorher war*“ (FG2E).

Für die Hausärzte war die Wahrung der Authentizität wichtig sowie sich gegenüber den Patienten nicht zu verstellen. Dies wäre bedeutsamer als von Gesprächstechniken Gebrauch zu machen, die dem Naturell des Arztes widersprechen. HA9 sah die Problematik darin, dass die Patienten erkennen würden, wann sich ihr Hausarzt „*nicht authentisch*“ verhalte und dieses Verhalten nicht gutheißen würden.

In zwei Hausarztinterviews und im zweiten Fokusgruppengespräch wurde geäußert, dass der Hausarzt „*offen und neugierig*“ (HA2) in die Gespräche ging. Das bedeutete, dass der Hausarzt „*ohne Vorurteile*“ (HA2) das Patientengespräch begann und jedes Mal wieder „*Interesse*“ (FG2C) am Patienten und am Krankheitsgeschehen zeigte.

Drei Patienten äußerten, dass sie Wert darauf legten, dass ihr Hausarzt sie „*als Ganzes*“ (FG2A) und „*nicht nur von der Medizin her*“ (FG2F) betrachtete. Zur ganzheitlichen Betrachtungsweise gehörte ihrer Ansicht nach, dass Erkrankungen im Kontext mit dem Patienten-umfeld und der Psyche des Patienten gesehen wurden. Ein Hausarzt betonte während seines Interviews, dass er „*Menschen [...] und nicht Krankheiten*“ (HA3) kurieren wollte.

Ein weiterer Aspekt, der von Hausärzten und Patienten geäußert wurde,

bezog sich auf die Selbstfürsorge, d.h. auf sich als Arzt und Mensch zu achten, sodass der Beruf das ganze Leben Freude bringt. Ansonsten bestände die Gefahr, dass der Hausarzt später unter Burn-out leiden oder „*sarkastisch*“ (HA12) gegenüber den Patienten würde. Um ein Burn-out vorzubeugen, ließ sich HA6 nicht von den Emotionen der Patienten persönlich beeinflussen. Dies sei unabhängig davon, dass er im Gespräch die Emotionen des Patienten aufgreife und empathisch sei. „*Aber ich lasse an mich keine Emotionen von außen ran. Ich habe auch in Anführungszeichen keine Emotionen dem Patienten gegenüber. Sonst würde ich mich irgendwann kaputt machen, was man jeden ganzen Tag ständig hört*“ (HA6).

Die Sekundärdatenanalyse zeigte, dass bis auf die Gesprächstechniken „*abwartendes Offenlassen*“ und „*vergleichen*“ sowie die Hauptkategorie Selbstfürsorge sich alle Themenbereiche und Kategorien im MAAS-Global-D widerspiegeln (Tab. 2).

Diskussion

In den Aussagen der Ärzte und Patienten wurde die verwendete Struktur der Gespräche deutlich. Diese passt zu den Items des MAAS-Global-D, die sich auf Kommunikationsfähigkeiten für jede Gesprächsphase beziehen und im zweiten Schritt im Rahmen einer Sekundärdatenanalyse betrachtet wurden.

Diese Struktur ist für die Beziehung zwischen Arzt und Patienten sehr relevant [3]. So ist bekannt, dass das explizite Erheben des eigentlichen Beratungsanlasses vor Mutmaßungen über die Patientenabsichten schützen und so z.B. eine medikamentöse Überversorgung verhindern kann [17]. Sowohl seitens der Ärzte als auch der Patienten wurden Gesprächstechniken wahrgenommen, die hilfreich durch ein Gespräch führen. Arzt und Patient müssen sich darüber bewusst sein, dass ihre Beziehung das Ergebnis eines gemeinsamen kommunikativen Prozesses ist. Dieser bedarf einerseits der Aushandlung und unterliegt andererseits bestimmten Strukturen und Regeln, die sich in Gesprächstechniken wieder finden können [18].

Obwohl in Deutschland mit der Leitlinie zur Hausärztlichen Gesprächsführung von der Leitliniengruppe Hessen eine Handlungsempfehlung existiert [19], scheint die Einführung einer standardisierten Handlungsempfehlung für Arzt-Patient-Gespräche allgemein mit Herausforderungen verbunden zu sein. Im MAAS-Global-D werden verschiedene Gesprächsphasen identifiziert und die jeweils notwendige Kommunikationsfähigkeit aufgeführt. Im Rahmen der Weiterbildung werden sechs ausgewählte aufgezeichnete Konsultationen anhand der Kriterien des MAAS-Global bewertet. Auf diese Art wird jungen Ärzten der Stellenwert von Kommunikation verdeutlicht. In der vorliegenden Studie waren die teilnehmenden Hausärzte mittleren Alters mit einer gewissen Anzahl an Berufsjahren und vermutlich entsprechenden Erfahrungen. Die Aussagen der Ärzte unterstreichen den Stellenwert der Kommunikationsfähigkeit im Gespräch mit dem Patienten. Gleichzeitig können die ermittelten Hauptkategorien (u.a. Gesprächsstruktur, Gesprächstechniken, Professionalität und Authentizität) und die dazugehörigen Unterkategorien den verschiedenen Items des MAAS-Global-Instruments zugeordnet werden. Dies lässt darauf schließen, dass, trotz der Gesundheitssystemunterschiede zwischen den Niederlanden und Deutschland, die zu vermittelnden kommunikativen Elemente des Arzt-Patienten-Gesprächs nahezu deckungsgleich sind. Für zukünftige, standardisierte Schulungen für kommunikative Fähigkeiten und Fertigkeit-

Angewandte Gesprächstechniken

- Ausreden lassen
- Aktives Zuhören
- Nachfragen
- Offene Fragen
- Positive Verstärkung
- Abwartendes Offenlassen
- Aufgreifen von Emotionen
- Anpassung der Sprache
- Vermeidung von Fachsprache
- Wiederholungen

ten (die z.B. im Rahmen von Train-the-Trainer-Kursen vermittelt werden könnten) kann der MAAS-Global-D verwendet werden.

Ein nicht im MAAS-Global-Handbuch abgebildeter Aspekt wurde durch die Ärzte hervorgehoben, die Rolle des Selbstfürsorgeverhaltens im und nach dem Gespräch. Dies impliziert, dass der Hausarzt eigene Strategien entwickeln sollte, um sich abzugrenzen. Hilfsmittel wie Gespräche unter Kollegen oder die Teilnahme an einer Balintgruppe können dabei unterstützend wirken und sich u.a. auf die eigene Arbeitszufriedenheit positiv auswirken [20, 21]. Bei allen Kommunikationsfähigkeiten und dem Training kommunikativer Fertigkeiten und Fähigkeiten sollte der Hausarzt als Mensch wahrnehmbar bleiben, um eine authentische Beziehung zu seinen Patienten zu entwickeln.

Der vorgestellte Einblick in die Erlebniswelt der Arzt-Patient-Kommunikation deutet darauf hin, dass für die kommunikative Beziehung Techniken zur Strukturierung ebenso wie Persönlichkeitseigenschaften relevant sind. Neben Zuhören und Ausredenlassen spielt die Authentizität eine wichtige Rolle. Das Zusammenspiel zwischen Authentizität und der Anwendung bestimmter Gesprächstechniken kann trainiert werden. Hierzu kann der MAAS-Global-D verwendet werden [13].

Das qualitative Design der Studie als Hypothesen generierendes Verfahren erlaubte einen tiefer gehenden Einblick in die Erlebniswelt von Arzt und Patient hinsichtlich ihrer Erfahrungen zum ärztlichen Gespräch. Eine besondere Stärke lag dabei in der Methodenkom-

bination aus Interviews und Fokusgruppen [22]. Die vorliegende Studie basierte auf der freiwilligen Teilnahme von Hausärzten und Patienten, wodurch ein gewisser Selektions-Bias nicht auszuschließen ist.

Dieser wird einerseits bedingt durch die Zahlung einer Aufwandsentschädigung an die Patienten und andererseits dadurch, dass bereits sehr engagierte Ärzte an dieser Studie teilnahmen. Da zum Zeitpunkt der Interviews der Inhalt des MAAS-Global noch nicht bekannt war, kann jedoch ein Bias bezüglich eines sozial erwünschten Antwortverhaltens ausgeschlossen werden. Die vorliegende Studie diente nicht der kulturellen Adaptation des Instruments.

Den Ärzten wurden ferner kaum Vorgaben bezüglich der Patientenauswahl gemacht, sodass sie besonders zufriedene Patienten hätten auswählen können. Mehr als die Hälfte der Patienten (12 von 19 Patienten) waren bereits länger als 13 Jahre bei dem entsprechenden Hausarzt in Behandlung, sodass von einem Selektions-Bias ausgegangen werden muss. Hier wird deutlich, dass unter den Bedingungen der freien Arztwahl die Passung mit dem Arzt besonders profund erlebt wird. Die in den Fokusgruppengesprächen entwickelten Diskussionen zeugten von einer Unbefangenheit der Teilnehmer, mit der scheinbar ehrliche Kritik geäußert wurde. Ebenso ließen die Äußerungen der Hausärzte auf eine ehrliche Beantwortung der Fragen schließen, zumal die Interviewfragen den Ärzten spontan und ohne Bedenken gestellt wurden.

Die vorliegende qualitative Studie ist im Sinne einer Hypothesen generierenden Studie zu verstehen. Neben dem

Vorhandensein von Strukturen im Gespräch und angewendeten Gesprächstechniken, die gleichzeitig als Gliederung für den Ablauf dienen können, gehört aber auch die Individualität und die individuelle Ausgestaltung der Begegnung zwischen Arzt und Patienten zu einem wichtigen Merkmal von kommunikativer Kompetenz. Daran anknüpfend kann zum einen die Aufzeichnung der eigenen Kommunikation unter Berücksichtigung von Rating-Instrumenten wie dem MAAS-Global-D zu einer Optimierung der eigenen Kommunikationsfähigkeiten und -fertigkeiten führen [1]. Eine breite Nutzung in Deutschland steht hierzu noch aus [23]. Zum anderen können Handlungsempfehlungen eine hilfreiche Unterstützung für bestimmte hausärztliche Gesprächssituationen liefern. Diese Aspekte sollten in zukünftigen Forschungsarbeiten Berücksichtigung finden.

Interessenkonflikte: keine angegeben.

Danksagung: Ein besonderer Dank gilt allen teilnehmenden Hausärzten und Patienten an dieser Studie.

Korrespondenzadresse

PD Dr. Katja Götz
Institut für Allgemeinmedizin
Universitätsklinikum Schleswig-Holstein,
Campus Lübeck
Ratzeburger Allee 160
23538 Lübeck
Tel.: 0451 500-1396
katja.goetz@uksh.de

Literatur

1. Stollberg G. Medizinsoziologie. Bielefeld: transcript-Verlag, 2001
2. Buller DB, Street RL. Physician – patient relationships. In: Feldman RS, Feldman LH (eds.). Applications of nonverbal behavioral theories and research. Hillsdale: Lawrence Erlbaum Assoc Inc: 1992: 119–41
3. Stewart MA. Effective physician-patient communication and health outcomes: a review. CMAJ 1995; 152: 1423–33
4. Ha JF, Longnecker N. Doctor-patient communication: a review. Ochsner J 2010; 10: 38–43
5. Clack GB, Allen J, Cooper D, Head JO. Personality differences between doctors and their patients: implications for the teaching of communication skills. Med Educ 2004; 38: 177–86
6. Matthys J. Patients' ideas, concerns, and expectations (ICE) in general practice: impact on prescribing. Br J Gen Pract 2009; 59: 29–36
7. Coxeter P, Del Mar CB, McGregor L, Beller EM, Hoffmann TC. Interventions to facilitate shared decision making to address antibiotic use for acute respiratory infections in primary care. Cochrane Database of Systematic Reviews 2015, Issue 11. Art. No.: CD010907
8. www.mezizin.hhu.de/fileadmin/redaktion/Fakultaeten/Medizinische_Fakultaet/Studiendekanat/Dokumente/Rahmenbedingungen/AEAppO_zum_01_01_2014.pdf (letzter Zugriff am 07.03.2016)
9. Universitätsklinikum Heidelberg. Besseres Gespräch – bessere Versorgung: Erstes Mustercurriculum für Arzt-Patientenkommunikation ist da. Presse-

- mitteilung vom 10.07.2015. www.klinikum.uni-heidelberg.de/Pressemitteilung/136514.0.html?&ifab_id=5211&ifab_modus=detail&ifab_uid=1d3b7f1f8a20160307091852 (letzter Zugriff am 07.03.2016)
10. www.nklm.de/kataloge/nklm/lernzieluebersicht (letzter Zugriff am 07.3.2016)
 11. Pawlikowska T, van Berkestijn L, Maa-gaard R. Speciality training for general practice in Germany. www.degam.de/dokumente/aktuell_2009/Report%20German%20GP%20Voc%20Training%20Commission%20July%20final-amalgamated%20not%20confidential.pdf (letzter Zugriff am 07.03.2016)
 12. Tromp F, Vernooij-Dassen M, Grol R, Kramer A, Bottema B. Assessment of CanMEDS roles in postgraduate training: The validation of the compass. *Patient Educ Couns* 2012; 89: 199–204
 13. Hammersen F, Böhmer K, von der Bey J, Berger S, Steinhäuser J. MAAS-Global-D: Instrument zur Messung und Schulung kommunikativer sowie medizinischer Kompetenzen. *Z Allg Med* 2016; 92: 13–8
 14. Ram P, van Thiel J, van Dalen J. MAAS-Global manual 2000. Maastricht: University, 2003
 15. Mayring P. *Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken*, 9. Auflage. Weinheim: Beltz Verlag; 2007
 16. Development SS. *ATLAS.ti – The Knowledge Workbench*. 5.2.17 ed. Berlin: Scientific Software Development; 2013
 17. Altiner A, Brockmann S, Sielk M, Wilm S, Wegscheider K, Abholz HH. Reducing antibiotic prescriptions for acute cough by motivating GPs to change their attitudes to communication and empowering patients: a cluster-randomized intervention study. *J Antimicrob Chemother* 2007; 60: 638–644
 18. Götz K. *Die Begegnung zwischen Arzt und Patient – eine ethnographische Analyse*. Herdecke: GCA Verlag, 2005
 19. Bergert FW, Braun M, Conrad C, et al. Hausärztliche Leitlinie: Hausärztliche Gesprächsführung. www.aezq.de/mdb/edocs/pdf/schriftenreihe/schriftenreihe31.pdf (letzter Zugriff am 07.03.2016)
 20. Goetz K, Campbell SM, Steinhäuser J, Broge B, Willms S, Szecsenyi J. Evaluation of job satisfaction of practice staff and general practitioners: an exploratory study. *BMC Fam Pract* 2011; 12: 137
 21. Kjeldmand D, Holmström I. Balint groups as a means to increase job satisfaction and prevent burnout among general practitioners. *Ann Fam Med* 2008; 6: 138–45
 22. Lambert SD, Loisel CG. Combining individual interviews and focus groups to enhance data richness. *J Adv Nurs* 2008; 62: 228–37
 23. Hammersen F, Goetz K, Soennichsen A, Emcke T, Steinhäuser J. Effects of communication training with the MAAS-Global-D instrument on the antibiotic prescribing for respiratory infections in primary care: study protocol of a randomised controlled trial. *Trials* 2016; 17: 180



DEGAM-Leitlinien frei im Netz

Die Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM) stehen frei im Internet zur Verfügung. Die wissenschaftlich fundierten und vor der Veröffentlichung in Praxen erprobten DEGAM-Leitlinien richten sich nicht nur an Hausärzte, sondern auch an Patienten und Praxismitarbeiter. Neben der Langversion gibt es eine Kurzfassung als laminierte, zweiseitige Tischkarte im A5-Format. Mehrere tausend Leitlinien-Sets werden in Praxen und Universitäten in der täglichen Arbeit mit Patienten eingesetzt. Alle Module können auf der DEGAM-Leitlinien-Homepage (www.degam-leitlinien.de) oder auf der Homepage der AWMF (Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften, <http://leitlinien.net/>) bei Bedarf heruntergeladen und ausgedruckt werden.

Kontakt:

Philipp Leson
DEGAM-Bundesgeschäftsstelle
Friedrichstraße 133
10117 Berlin
Tel.: 030 209669800
Fax: 030 209669899
E-Mail: presse@degam.de
Homepage: www.degam.de

Dr. med. Anne Barzel
DEGAM-Geschäftsstelle Leitlinien
c/o Institut für Allgemeinmedizin
Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf
Martinistraße 52
20246 Hamburg
Tel.: 040 741059769
Fax: 040 741053681
E-Mail: leitlinien@degam.de