

## **Symposium der Kuratoriumsmitglieder der DGA: Führung und Kommunikation - Ärztliche Tätigkeit im Spannungsfeld zwischen Patienten, Kollegen und eigenem Ich**

Im Rahmen der Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Angiologie fand 2013 zum zweiten Mal ein Symposium der korporativen Mitglieder der Gesellschaft statt. Das Kuratorium hat es sich zur Aufgabe gemacht, Themen zu erarbeiten, die außerhalb der Gefäßmedizin angesiedelt sind, aber dennoch für alle Teilnehmer der Jahrestagung interessant sein dürften. So lautete das Thema der ersten Veranstaltung „Off Label Use in der Medizin – medizinische, rechtliche und ethische Aspekte“, in diesem Jahr wurden Führung und Kommunikation in den Fokus gestellt und in einem Symposium mit dem Titel „Ärztliche Tätigkeit im Spannungsfeld zwischen Patienten, Kollegen und eigenem Ich“ näher beleuchtet.

Das Symposium wurde geleitet vom Präsidenten der Deutschen Gesellschaft für Angiologie, Professor Ulrich Hoffmann aus München und der Vorsitzenden des Kuratoriums, Dr. Eva Mühlhofer von Bayer HealthCare, Leverkusen.

Kommunikation ist ein wichtiger Bestandteil der ärztlichen Tätigkeit und trägt daher laut U. Hoffmann wesentlich zur erfolgreichen Behandlung des Patienten bei. Kommunikation ist der Austausch von Informationen, dies bedeutet ein Geben und Nehmen. Auch sollte man nie vergessen, dass sich die eigene Wahrnehmung in der Kommunikation und in der Patientenführung widerspiegelt. E. Mühlhofer zitierte Karl Jaspers: ‚Dass wir miteinander reden können, macht uns zu Menschen‘. Übertragen auf die ärztliche Tätigkeit könnte dies bedeuten: ‚Dass wir miteinander reden, ist die Basis der guten Arzt/Patient Beziehung‘.

Die Chancen und Risiken, die die Kommunikation zwischen Arzt und Patient birgt, beleuchtete **Dr. Andreas Loh**, Diplompsychologe aus Freiburg in seinem Vortrag: **„Sprechen und Entscheiden - Meilensteine im Heilungsprozess“**

**A. Loh** ging zunächst auf die Bedürfnisse der Patienten nach Information ein. Studien zeigen, dass Patienten zwar insgesamt mit der Behandlung durch ihren behandelnden Arzt zufrieden sind, dass aber Ärzte in den vergangenen Jahren eine Zunahme des Informations- und Beratungsbedürfnisses ihrer Patienten wahrnehmen. Dieses Bedürfnis der Patienten wird durch das im Jahr 2013 in Kraft getretene Patientenrechtegesetz gestützt: Der behandelnde Arzt ist nun auch gesetzlich verpflichtet ist, den kranken Menschen über geplante Untersuchungen, Therapien, deren Risiken und auch mögliche Alternativen zu informieren. Somit kommt der „sprechenden Medizin“ ein sehr hoher Stellenwert zu.

Die Forderung nach mehr Kommunikation zwischen Arzt und Patient vergrößert das bestehende Dilemma zwischen zufriedenstellender Versorgung des Patienten und zur Verfügung stehender Zeit. Viele Kolleginnen und Kollegen befürchten zudem,

dass durch die zusätzliche Beratung und Bereitstellung von Information die Zusammenarbeit mit den Patienten nicht etwa leichter, sondern eher noch komplexer und schwieriger wird. Hinzu kommt, dass die emotionale Ausgangssituation bei Ärztinnen und Ärzten auf der einen und Patientinnen und Patienten auf der anderen Seite sehr unterschiedlich sind. So sind bei operativen Eingriffen die Patienten häufig besorgt oder verängstigt, obwohl der entsprechende Eingriff für den behandelnden Arzt möglicherweise tägliche Routine ist, die ihn emotional wenig beschäftigt. Auf der Grundlage dieser unterschiedlichen Empfindungen sind Missverständnisse und Schwierigkeiten in der Arzt-Patienten-Kommunikation oder enttäuschte Erwartungen von Patienten durchaus nachvollziehbar und ein häufig zu beobachtendes Phänomen.

In einer Studie zu Patientenbedürfnissen konnte gezeigt werden, dass Patienten verstehen wollen, was nicht in Ordnung ist, eine Prognose haben möchten, ebenso wie sie die Abläufe und Ergebnisse von Untersuchungen und Behandlungen verstehen möchten. Darüber hinaus haben Patienten ein Bedürfnis nach Unterstützung und Hilfe bei der Bewältigung ihrer Erkrankung und brauchen Hinweise, wie weitere Erkrankungen zu verhindern sind. Um diese Erwartungen des Patienten zu erfüllen bedarf es einer hohen Kommunikationskompetenz des behandelnden Arztes.

Im Alltag der medizinischen Versorgung sind der Kommunikation zwischen Arzt und Patient allein durch Zeitmangel Grenzen gesetzt. Eine Studie zeigt, dass in ärztlichen Konsultationen die Patienten nach durchschnittlich 20 Sekunden vom behandelnden Arzt / der behandelnden Ärztin unterbrochen werden. Von den Informationen, die der Patient vom Arzt erhält, werden in aller Regel lediglich 50% auch verstanden. An ca. 80% des im Gespräch zwischen Arzt und Patient Gesagten kann der Patient sich beim Verlassen der Praxis schon nicht mehr erinnern.

Patienten reagieren je nach Einstellung, Emotionen und Vorerfahrungen unterschiedlich auf vorgeschlagene Behandlungen. Häufig haben Patienten Vorurteile gegenüber Behandlungen, die der Realität beziehungsweise den Ergebnissen klinischer Studien nicht entsprechen. Um diese Vorurteile gezielt angehen zu können, müssen sie aktiv und konkret nachgefragt werden, da Patienten diese oft nicht von sich aus ansprechen, Vorurteile unter Umständen jedoch die Behandlungsakzeptanz untergraben. So sollte beispielsweise routinemäßig gefragt werden: „Haben Sie von dieser Behandlung schon einmal etwas gehört und was denken Sie dazu?“.

Eine medizinische Maßnahme, beispielsweise die Einnahme eines Medikaments, verordnet zu bekommen und sie durch eigenes Zutun auch tatsächlich konsequent umzusetzen, verlangt vom Patienten eine Entscheidung. Die Psychologie der Entscheidungsfindung erklärt, dass beim Treffen von Patienten-Entscheidungen sogenannte „Aversions-Aversions-Konflikte“ überwunden werden müssen. Der Patient muss zwischen zwei aversiven (zu vermeidenden) Optionen wählen. Er muss beispielsweise einerseits die Behandlung über sich ergehen lassen oder andererseits

weiterhin mit den Beschwerden oder Symptomen leben. Beides ist nicht attraktiv, sondern zunächst einmal aus seiner Sicht vermeidungsbedürftig. Die Dynamik in dieser Situation ist dadurch gekennzeichnet, dass dann, wenn man sich einer der beiden Möglichkeiten gedanklich nähert, der unerwünschte zu vermeidende (aversive) Charakter dieser Option dem Patienten noch deutlicher vorstellbar wird und er angesichts dieser Aversion dann wieder zur anderen Seite tendiert. Patienten bewegen sich in der Folge oft zwischen zwei zu vermeidenden Möglichkeiten hin und her und bleiben dabei unentschlossen. Oft wird dann die Situation komplett vermieden und Patienten erscheinen erst gar nicht mehr in der Sprechstunde. Problematisch für die Behandlungsmotivation ist, dass in den Gedanken des Patienten und letztlich auch im Arzt-Patienten-Gespräch meist nur noch über negativ Bewertetes gesprochen wird. Es wird über Symptome, Prognose, Behandlungsmaßnahmen oder Nebenwirkungen gesprochen. Über Positives wird nicht oder zu wenig gesprochen. Dabei sind es aus psychologischer Sicht aber nur die positiv bewerteten Ziele, aus denen Patienten Behandlungsmotivation schöpfen. Symptomfreiheit ist kein positiv formuliertes Ziel an sich, sondern ein Mittel, individuelle positiv bewertete Lebensziele zu verwirklichen.

Damit Positives oder die Ziele des Patienten tatsächlich auch wirksam werden können, sollten diese kurz aktiv und explizit thematisiert werden. Die Ziele müssen möglichst konkret, realistisch und positiv formuliert werden. Dies gelingt mit Hilfe von prospektiven Fragestellungen wie „Was würden Sie denn gerne in sechs Monaten tun oder erleben, wenn die Behandlung hier bei uns sehr erfolgreich verlaufen würde?“. Im nächsten Schritt der Arzt-Patienten-Kommunikation sollte die medizinische Maßnahme mit dem vom Patienten genannten positiven Ziel verknüpft werden, zum Beispiel „Jedes Medikament, das sie wie verschrieben täglich einnehmen, ist ein kleiner Schritt auf dem Weg dazu, dass sie mit ihrem Enkelkind am Sonntagmorgen auf den Fußballplatz gehen können“.

Patienten sind motiviert, wenn sie erstens überzeugt sind, dass die Behandlungsmaßnahme wirksam ist (Behandlungsergebniserwartung), zweitens, wenn sie ein Risiko sehen für den Fall, dass sie sich gegen die Behandlung entscheiden (Risikowahrnehmung), drittens, wenn sie es sich selbst zutrauen, die Behandlung auch konsequent umzusetzen (Selbstwirksamkeitserwartung) und viertens, wenn die Behandlungsschritte mit ihren individuellen positiven Lebenszielen verknüpft werden.

In einer geschickten und effektiven Arzt-Patienten-Kommunikation kann auch unter den Bedingungen eingeschränkter zeitlicher Ressourcen auf diesem Weg eine verbesserte Therapietreue bei Patienten erreicht werden.

Nicht nur die Kommunikation zwischen Arzt und Patient, auch die Kommunikation im Behandlungsteam ist essenziell für Therapietreue und Behandlungserfolg des Patienten; so der Schluss, den Dr. med. Georg Gaul, emeritierter Primar der 2. Medizinischen Abteilung des Hanusch-Krankenhauses in Wien, aus seinen Ausführungen zur „**Interkollegialen/interdisziplinäre Kommunikation**“ zieht. Kommunikation sollte laut **G. Gaul** ein zentrales Anliegen aller Berufsgruppen im Krankenhaus sein. Schon während eines kurzen stationären Aufenthalts hat der Patient mit vielen Menschen aus verschiedenen Berufsgruppen zu tun, mit ärztlichem Personal, Pflegepersonal, Verwaltungspersonal, technischen -und physiotherapeutischen Personal. Der klinische Alltag umfasst immer mehr unterschiedliche Berufsgruppen und Fachrichtungen, die Informationen verständlich und möglichst effektiv an den Patienten und an Kollegen weitergeben sollen.

Eine effektive interdisziplinäre Kommunikation ist essenziell für die Diagnostik und die Therapie des Patienten und für dessen Therapietreue. Es gilt das Krankheitsbild des Patienten abzuklären und unter Einbeziehung des psychosozialen Hintergrunds den Behandlungs- und Therapieplan und die zur Umsetzung notwendigen Strategien zu entwickeln. Bei Nichtfunktionieren dieser Informationskette können medizinische Behandlungsfehler auftreten, die zu Komplikationen bis hin zu einem fatalen Ausgang führen können. In einer großen US-amerikanischen Statistik sind medizinische Behandlungsfehler – wären sie eine eigene Krankheitsentität – unter den führenden zehn Todesursachen gelistet. In den USA geht man von 44.000 bis 98.000 Todesfällen im Jahr durch Behandlungsfehler aus. Eine gute Kommunikation sollte daher möglichst genau die Information über den Patienten, die Information zum Patienten und die Information zur Bewältigung von Problemen, wie sie der Patient hat, wiedergeben. Ein Mangel an guter Kommunikation erzeugt medizinische Fehler.

Allerdings pflegt die traditionelle medizinische Ausbildung und die medizinische Karriere noch immer das Bild des Arztes mit fehlerfreier Berufsausübung. Dies führt zu einem enormen Perfektionsdruck. Auch der Kostendruck im Gesundheitssystem trägt nicht zu einer Verbesserung der Kommunikation bei. Dieses Problem ist bekannt, aber adäquate Konzepte bezüglich Strukturänderungen und Personalerfordernisse sind im Alltag oft schwierig umzusetzen. Problematisch ist auch, wenn Behandlungsfehler als Versagen eines Einzelnen gesehen werden.

Eine gute interkollegiale Kommunikation dient einerseits dem besseren Verstehen und Behandeln der Erkrankung eines Patienten, andererseits führt eine gute interkollegiale Kommunikation aber auch zu einem besseren Wir-Gefühl, einer verbesserten Identifikation mit dem Arbeitsplatz. Eine gutes Verhältnis zu und ein guter Umgang mit den Fachkollegen helfen, Fehler zu vermeiden und eine optimale Therapie für den Patienten zu entwickeln. Im Idealfall findet die Beziehung auch zu anderen Berufsgruppen in einer Organisationseinheit auf Augenhöhe statt und trägt damit zum Erfolg von Diagnosestellung und Therapie bei.

Eine optimale interkollegialen Kommunikation entwickelt gemeinsame Interessen zum Wohle des Patienten, z.B. fachübergreifenden Austausch, Weiterbildung,

berufliche Förderung, usw.. Zusammengefasst besteht Wissensarbeit aus dem Management von Wissen, der effektiven Vernetzung von Wissen und der interdisziplinären Kommunikation.

Wie sieht der ideale Kollege in einer funktionalen Kommunikationsumgebung aus? Laut G. Gaul sollte er wenig neurotisch sein, nicht ängstlich, ausgeglichen, gelassen, Skrupel und seine Schwächen kennen. Er wird gern mit anderen zusammenarbeiten, eigene Interessen zurückstellen und im Interesse des Patienten eigene Fehler eingestehen und erkennen. Hingegen überwiegen in einer dysfunktionalen Kommunikationsumgebung Eigeninteressen und Karrierestreben.

Interkollegiale und interdisziplinäre Kommunikation zählen zu den zentralen kritischen Themen im Krankenhaus – aber natürlich nicht nur dort, sondern in jedem Unternehmen. Gute Kommunikationsstrukturen ermöglichen eine Reduktion von Fehlern beim Umgang mit Patienten, aber auch bei fachlichen oder organisatorischen Problemen.

Jedem, der ärztlich tätig ist, muss klar sein, dass er nicht nur kommuniziert, mit Patienten, Angehörigen, Mitarbeitern und Kollegen, sondern viele dieser Personen auch führt. **Andrea Jäger**, Geschäftsführerin der Consulting- Trainings- und Coaching Agentur Change & Culture aus Bad Homburg stellte fünf Thesen zum Thema Führung auf in Ihrem Vortrag: „**Führung und Kommunikation - Die ärztliche Tätigkeit im Spannungsfeld von Patienten, Kollegen und eigenem Ich. Eigene Führung/Wahrnehmung**“.

These 1: "**Führen ist die Kunst eine Welt zu erschaffen, der Menschen zugehören wollen.**" Dieses Zitat von Robert Dilts betont die gestalterische Dimension beim Thema Führung. Dabei stellt sich die Frage, inwieweit Führungsthemen im Ärztealltag überhaupt aktiv angegangen werden (können), angesichts der vielfältigen fachlichen Aufgaben. Eine professionelle Arbeitsstruktur schließt eine optimal gelebte Führungskultur mit ein. Dies sei - nicht zuletzt - vor dem Hintergrund des aktuellen Ärztemangels auch ein wichtiger Wettbewerbsfaktor für Praxis und Klinik.

These 2: "**Führen ist eine Funktion im System**". Das Prinzip "Führen als Funktion" beschreibt eine Führungskraft, die im richtigen Moment orientiert und entscheidet und zwar nur dann. Sonst entsteht das Risiko, dass am wirklichen Bedarf vorbei geführt wird. Führen als Funktion zu betrachten und nicht als charismatische Aufgabe bedeutet in letzter Konsequenz auch, dass die Führungsposition durch den besetzt wird, der sie am besten ausfüllen kann. Also den, der die Bedarfe am besten erfüllt und nicht durch den, der z.B. nach dem Senioritätsprinzip jetzt dran ist.

These 3: "**Führen stellt hohe Anforderungen an die Person**". Vier Dimensionen sind für Führungskräfte besonders wichtig: **Ideen** - Exzellente Führungskräfte sind hervorragend in der Lage, neue Ideen zu entwickeln, ihre Mitarbeiter dazu zu

bewegen, innovative Wege zu gehen und diese weiterzuentwickeln. **Werte** - Gute Führungskräfte sind in ihren persönlichen Werten gut aufgestellt. Sie verfügen über ein hohes Maß an Führungsethik. Dies geht in der Regel mit einem guten Selbstwertgefühl einher, das vor Überheblichkeit und Abwertung Anderer schützt.

**Courage** - Führungskräfte brauchen Courage um beispielsweise mutige Entscheidungen zu treffen. Sie sollten auch den Mut haben schwierige kommunikative Prozesse anzustoßen und sich dabei nicht ständig absichern.

**Energie** - Nicht zuletzt brauchen Führungskräfte auch ein gehöriges Maß an Energie, persönlicher Belastbarkeit und tragfähige Bewältigungsstrategien, um die herausfordernden Aufgaben gesund bewältigen zu können. (Eckpunkte des ‚Leadership‘ Modells von Noel Tichy).

#### These 4: "Führen wird wesentlich bestimmt durch den eigenen

**Bezugsrahmen**". Unsere Wertvorstellungen, unsere Normen und Wünsche, unser Wissen und unsere zentralen Motive bilden quasi die "Brille" durch die wir die Welt sehen. Dieser Bezugsrahmen ist hilfreich, weil wir schnell Informationen filtern können und damit Zeit sparen. Gleichzeitig ist es sehr risikoreich, weil wir Gefahr laufen, nur das zu sehen, was in den persönlichen Bezugsrahmen passt. Dazu beschrieb Frau Jäger den wissenschaftlich hinreichend erforschten Rosenthal bzw. Pygmalion Effekt. In unterschiedlichen Versuchen wurde nachgewiesen, dass sich positive Leistungserwartungen positiv auf die Leistungen bei Intelligenztests auswirken. Kurz gesagt: Annahmen werden zur Realität. Diese Effekte sollten sich Führungskräfte immer wieder im täglichen Handeln bewusst machen.

#### These 5: "Führen im Dialog erleichtert die Führungsarbeit". Das Konzept **Führen**

**im Dialog** basiert auf der Grundannahme, dass sich Führung an den Führungsbedarfen der jeweiligen Bereiche, Teams, Mitarbeiter ausrichten muss. Führungskräfte können zielgerichteter führen, wenn sie den Führungsbedarf ihrer Mitarbeiter regelmäßig zum Thema machen. Die zentrale Frage dabei lautet: "Was brauche ich von meiner Führungskraft an Führung, um meine Arbeit optimal zu erfüllen?" Mit Führen im Dialog orientieren Mitarbeiter ihre Vorgesetzten und im Dialog können nicht erfüllbare Erwartungen/Bedarfe gleich angesprochen werden. Führen im Dialog sorgt für mehr Klarheit und Transparenz in der Zusammenarbeit von Führungskräften und Mitarbeitern und trägt wesentlich zu einer besseren Zusammenarbeit bei.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass das Thema Führung im ärztlichen Alltag sicherlich mehr Aufmerksamkeit verdient. Mit einfachen aber wirksamen Konzepten kann viel erreicht werden, um die Zusammenarbeit auf den unterschiedlichen Hierarchieebenen zu verbessern und dadurch die Qualität und Sicherheit in Praxis und Klinik nachhaltig zu fördern.

***Diese Veranstaltung fand mit freundlicher Unterstützung der Kuratoriums Mitglieder der DGA statt: Astra Zeneca GmbH, Bayer Vital GmbH, Biotronik Vertriebs GmbH & Co. KG, Boehringer Ingelheim GmbH & Co.KG, Covidien GmbH, Leo Pharma GmbH, Medac GmbH, Pharmore GmbH und UCB Pharma GmbH.***