



Bruno Kissling / Peter Ryser

Die ärztliche Konsultation

systemisch-lösungsorientiert

inkl.
Download-
Material und
Dokufilm-
Streaming

V&R



Bruno Kissling/Peter Ryser

Die ärztliche Konsultation – systemisch-lösungsorientiert

Mit 4 Abbildungen und einer Tabelle

Vandenhoeck & Ruprecht

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek:
Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der
Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind
im Internet über <https://dnb.de> abrufbar.

© 2019, Vandenhoeck & Ruprecht GmbH & Co. KG, Theaterstraße 13, D-37073 Göttingen
Alle Rechte vorbehalten. Das Werk und seine Teile sind urheberrechtlich
geschützt. Jede Verwertung in anderen als den gesetzlich zugelassenen Fällen
bedarf der vorherigen schriftlichen Einwilligung des Verlages.

Umschlagabbildung: Esther Quarroz, Bern

Satz: SchwabScantechnik, Göttingen

Vandenhoeck & Ruprecht Verlage | www.vandenhoeck-ruprecht-verlage.com

ISBN 978-3-647-40394-6

Inhalt

Vorwort	7
Zu diesem Buch	10
Mein Weg als Hausarzt	10
Personenbezogene Medizin und Gesundheitspolitik	14
Inhalt und Handhabung dieses Buches	17

Die Konsultation in 7 Schritten

Schritt 1: Vorbereiten	27
Schritt 2: Ziel- und lösungsorientierte Zusammenarbeit aufbauen	33
Schritt 3: Anamnese erheben zu den einzelnen Problemen/Symptomen/ Symptomenkomplexen, Lösungsvorstellungen	61
Schritt 4: Handlung entwickeln	114
Schritt 5: Präventive Möglichkeiten diskutieren	151
Schritt 6: Den Abschluss einer Konsultation oder der Zusammenarbeit gestalten	167
Schritt 7: Konsultation auswerten	180

Thematische Schwerpunkte

1 Grundlagen systemisch-lösungsorientierter Beratung	195
2 Einführung in die komplex-adaptive Systemtheorie	211
3 Praxisräumlichkeit und -atmosphäre	216
4 Aktives Zuhören	219
5 Kunst des Fragens	224
6 Auftrag klären	231
7 Ressourcen	235
8 Körperliche Nähe und Berührung	239
9 Ambivalenz und seelischer Konflikt bei Entscheidungen	242
10 Uncertainty und Medizin im Grenznutzenbereich	251
11 Fehlerkultur	261
12 Therapiemöglichkeiten besprechen	269
13 Präventive Möglichkeiten	283
14 Krankengeschichte führen	287

Epilog	290
Dank	291
Literatur	293
Codes für Download-Material und Streaming der Dokumentarfilm-Trilogie	296

Vorwort

Dieses Buch ist nicht zufällig aus hausärztlicher Perspektive, vielleicht besser: hausärztlicher Notwendigkeit, entstanden, wenn auch Wirkung und Anwendungsbereich der darin entwickelten Methodik weit darüber hinausreichen.

Fragen Sie, wen Sie möchten – den Mann oder die Frau auf der Straße, Politiker, Journalistinnen, Ärzte –, ob er oder sie wisse, was denn Allgemeinmedizin sei: Sie werden die Antwort bekommen: ja natürlich! Wenn Sie dann allerdings um eine Erklärung bitten, werden Sie entweder auf Allgemeinplätze (wie »zuständig für alles«) stoßen oder auf weit ausholende Erklärungsversuche; im ungünstigeren Fall werden Sie die Antwort erhalten, sie sei ein bisschen was von allen Fächern, im günstigeren Fall eröffnet ratloses Achselzucken zumindest einen Denkprozess.

Allgemeinmedizin ist komplex und in dieser Komplexität schwer zu erklären. Natürlich befasst sie sich mit dem ganzen Menschen, natürlich umfasst sie die gesamte Breite der Medizin – aber was genau bedeutet das und wie wirkt sich das auf unser Handeln aus? Wir Hausärzte und Hausärztinnen können intuitiv erfassen, was Hausarztmedizin ist, denn wir leben sie, und unsere Patientinnen und Patienten können das auch, denn sie erleben sie – buchstäblich am eigenen Leib. Aber gut nachvollziehbar erklären, was wir tun, das fällt auch uns nicht leicht. Es ist aber ganz wesentlich, unser Fach erklären und darstellen zu können. Damit Politiker/-innen verstehen, welche Rolle die Hausarztmedizin im System spielt (oder spielen könnte), damit spezialisierte Kolleginnen und Kollegen sehen, was wir in der Kooperation leisten (könnten), und damit wir selbst unsere Tätigkeit gut strukturieren, gut reflektieren und, nicht zuletzt, gut lehren können.

Nun fehlt es nicht an einer Theorie der Inhalte und auch der Arbeitsweise der Hausarztmedizin, es fehlt nicht an Zugang zu Fachwissen. Aber es fehlt an einer Übersetzung dieser theoretischen Erkenntnisse in die konkrete, gelebte Wirklichkeit mit ihrer Simultaneität von Erkenntnis- und Handlungssträngen, und auch umgekehrt, an einer Übersetzung unserer gelebten Praxis in eine daran

wachsende Theorie unseres Fachs. Es fehlt an spezifischen, gut beschriebenen und vermittelbaren Techniken, die der Komplexität generalistischen Handelns gerecht werden. Die zunehmende personelle und räumliche Trennung zwischen akademischer Allgemeinmedizin und praktischer Hausarztmedizin erleichtert den Brückenschlag nicht.

Weil wir Dinge anders machen als Spezialisten, fühlen wir uns oftmals »abtrünnig« von der reinen medizinischen Lehre und lassen uns nicht gern »über die Schulter schauen«. Besser als Bruno Kissling dies in seinem Vorwort »Mein Weg als Hausarzt« beschreibt, kann man diese unsere Not wohl kaum darstellen. Wir spüren und wir wissen, dass wir Dinge anders angehen müssen, um unserer Aufgabe gerecht zu werden, aber es fehlt uns an einem Selbst-Bewusstsein, das auf einer anerkannten, spezifischen und allgemein gültigen Lehre des hausärztlichen Denkens und Handelns gründen kann.

Dabei sollten wir genau das tun: uns bei unserer ganz speziellen Vorgehensweise über die Schulter schauen lassen, sie genau beschreiben und sie lehren. Das haben Kissling und Ryser, bezogen auf den Prozess der Konsultation, nun in dankenswerter Weise getan. Die spezifische Vorgangsweise der Hausarztmedizin, deren Kern und Herz der Konsultationsprozess ist, in ihrer ganzen Komplexität und Mehrdimensionalität sichtbar und nachvollziehbar zu machen und sie anschließend zu reflektieren, ist ein Verdienst des vorliegenden Buchs. Die Entwicklung, Beschreibung und Präsentation eines dazu geeigneten Instruments, der systemisch-lösungsorientierten Medizin, ist ein weiteres.

In Verbindung mit der wunderbaren Dokumentarfilm-Trilogie »Am Puls der Hausärzte«, die über das Buch per Link erreichbar ist (s. S. 296), werden die analysierten Denk- und Handlungsweisen unmittelbar erlebbar. Mehrdimensionales, emotionales und rationales Lernen werden möglich, Theorie und Praxis können verschmelzen zu dem Ganzen, das sie sind.

In einer Zeit extensiver Spezialisierung und Zersplitterung muss die generalistische Medizin ihre veränderte Rolle finden, neu definieren und gestalten. Hausärztliche Aufgabe ist es nicht mehr (nur), »Einfaches« selbst zu behandeln und weiterzuleiten, was uns fachlich überfordert. Unsere Aufgabe ist es, die präsentierten, oft komplexen Probleme richtig einzuordnen, die angemessene Behandlung in gemeinsamer Entscheidung mit dem Patienten, mit der Patientin einzuleiten oder zu organisieren, Patienten auf ihren Wegen im Gesundheitssystem zu leiten und zu begleiten, mit Kollegen, Kolleginnen sowie anderen Gesundheitsberufen zusammenzuarbeiten, Behandlung und Betreuung zu koordinieren und dabei die Einheit, die Integrität und die Autonomie des Individuums in seinem Kontext zu wahren, seine Bedürfnisse aufspürend und respektierend. Das ist eine Kunst, die extensives Wissen um das Fach Allgemein-

medizin erfordert sowie die nötigen kommunikativen Fähigkeiten, praktischen Fertigkeiten, Techniken und Haltungen.

Bruno Kissling und Peter Ryser leisten, besonders mit den reflektierenden Teilen des vorliegenden Buches, einen wesentlichen Beitrag dazu, diese Kunst zu erforschen, zu erklären und zu vermitteln.

Wirkung und Anwendbarkeit des beschriebenen Instrumentariums gehen jedoch weit über den hausärztlichen Bereich hinaus. Die beiden Autoren haben im Lauf ihrer jahrzehntelang währenden Zusammenarbeit eine Methodik entwickelt, die ärztliche (Kissling) und kommunikative (Ryser) Fachkompetenz zu einem systemisch-lösungsorientierten Ansatz zusammenfügt. In jeder therapeutischen Begegnung wird diese Methode hilfreich sein, weil sie die Voraussetzung schafft für eine gelingende Kooperation zwischen Therapeut/Therapeutin und Patientin/Patient: nämlich das gemeinsame, aber professionell geleitete Abstimmen der jeweiligen medizinisch-technischen Möglichkeiten auf die persönlichen Gegebenheiten und Ziele des Patienten oder der Patientin.

Dieses Buch bietet eine durchaus alltagstaugliche Vorgangsweise an, die so flexibel ist wie die Situationen, denen sich unterschiedliche Gesundheitsberufe gegenübersehen. Jede Berufsgruppe, jeder einzelne Akteur kann für sich nutzen, was ihn und seine Patienten unterstützt und den therapeutischen Prozess hin zum Gesundsein fördert, und sich daraus seinen eigenen, adaptierbaren »Baukasten« schaffen.

Mir hat dieses Buch, nach über dreißig Jahren Berufstätigkeit, geholfen, meine Arbeitsweisen und Gewohnheiten einer Überprüfung zu unterziehen, an meiner Haltung zu feilen, die Begegnung mit dem Patienten, der Patientin wieder neu und etwas anders zu erleben, an meiner Technik zu arbeiten.

Für Berufsanfänger/-innen unschätzbar, weil Irrwege, Ängste, Enttäuschungen und Frustrationen vermieden bzw. besser reflektiert werden können, für erfahrene Profis hilfreich, weil der altgewohnte Beruf erfrischend neu erlebt werden kann und ausgetretene Pfade korrigiert werden können.

Ich wünsche diesem Buch herzlich viel Erfolg.

Dr. med. Susanne Rabady

Landärztin, Modulkoordinatorin für Allgemeinmedizin an der Karl Landsteiner Privatuniversität Krems, Vizepräsidentin der Österreichischen Gesellschaft für Allgemein- und Familienmedizin ÖGAM

Zu diesem Buch

Mein Weg als Hausarzt

Liebe Leserin, lieber Leser,

zuerst möchte ich Ihnen erzählen, weshalb ich Hausarzt werden wollte und wie ich es im Lauf meines Berufslebens allmählich wurde. Meine Geschichte ist geprägt durch einen rasanten Wandel von Medizin und Gesellschaft, durch eine Neudefinition des Selbstverständnisses der Hausarztmedizin sowie durch eine persönliche Krise. Mein Fazit: Ich werde Hausarzt, ein Leben lang.

Mein Weg zur Hausarztmedizin

Schon als Kind wollte ich Hausarzt werden. Ein Hausarzt wie Dr. Franz Bättig, der in den 1950er Jahren in unserem kleinen Dorf, direkt gegenüber meinem Elternhaus, eine Hausarztpraxis eröffnet hatte. Er war der einzige Arzt, den ich kannte. Ich empfand Ehrfurcht vor ihm. Wenn jemand von unserer Familie erkrankte, was selten war, kam er gleichentags auf Hausbesuch, meistens um die Mittagszeit, am Ende seiner Morgensprechstunde. Seine Ankunft erwartete ich als Kind mit Aufregung. Eine neue Seife und ein frisches Handtuch lagen bereit. Er trat freundlich grüßend in die Wohnung, wandte sich vor allem an den Kranken. Er fragte kurz, sprach nicht viel, untersuchte mich, kam rasch auf den Punkt. Seine Maßnahmen waren hilfreich. Sein Kommen und seine Stimme wirkten beruhigend und heilsam. Mit einem aufmunternden Wort verließ er die Wohnung. Zurück blieben ein wohliges Gefühl, Zuversicht auf baldige Genesung und der Geruch nach frischer Seife. Dieses pastorale Bild prägte meine Vorstellung von einem Hausarzt nachhaltig und entfachte meinen Wunsch, selbst Hausarzt zu werden.

1982 war es so weit. Nach 13 Jahren Aus- und Weiterbildung an der Universität Bern und in diversen Spezialabteilungen verschiedener Spitäler konnte ich meine eigene Hausarztpraxis in einem Quartier der Stadt Bern eröffnen. Das reiche fachspezifische Wissen, das ich erworben hatte, war mir hilfreich für

klare Fragestellungen. Wie ich mit den Patienten und Patientinnen im ambulanten Umfeld mit ihren oft unklaren Krankheitsbildern und umfassenden Problemen die Abklärungen, Therapien und Verläufe organisieren und gestalten sollte, wusste ich nicht. Meine spezifischen Erfahrungen mit der Hausarztmedizin hatte ich als seltener Patient und als »Zuschauer« in einem mehrwöchigen Hausarztpraktikum gewonnen. Und – sozusagen autodidaktisch – bei unbetreuten Praxisvertretungen im letzten Jahr meines Medizinstudiums – ja, das gab es damals noch.

Den Übergang von der vertrauten und behüteten Spitaltätigkeit in die selbstständig und eigenverantwortlich geführte Hausarzt-Einzelpraxis, wie sie damals die Regel war, erlebte ich als Schock – wie übrigens zu jener Zeit viele Kolleginnen und Kollegen. Das erfuhr ich Jahre später. Mit diesem Praxisschock ging jeder, Frauen waren noch die Ausnahme, auf seine eigene Weise um. Mir half es, mich streng nach den Vorgehensweisen zu orientieren, wie ich sie im Spital gelernt hatte und wie sie im Prozedere von Spitalaustrittsberichten und Spezialarztberichten »gefordert« wurden. Ich sah mich und meine Funktion als verlängerten Arm, als Außenposten der Spital- und Spezialmedizin, dem »Herzen« der Medizin. Das gab mir die nötige Sicherheit. Diese Haltung wurde zusätzlich bestärkt durch Fortbildungen, die damals ausschließlich von Spezialisten gegeben wurden, die uns Hausärzten aus ihrer spezialisierten Sicht sagten, was wir bei Krankheiten ihres Fachgebiets zu tun hätten. Doch meine Patienten und Patientinnen kamen nicht mit diesen klar definierten Krankheiten in meine Sprechstunde, sondern sehr oft mit sehr unbestimmten Krankheitsbildern,

Die Zeit lehrte mich bald, dass meine hausärztliche Arbeit so nicht funktioniert. Zunehmend begann ich mit Blick auf die spezifischen Bedürfnisse der Patientinnen und Patienten eigenmächtig zu handeln. Lange Zeit mit einem unguuten Gefühl der Abtrünnigkeit. Mein Abweichen von der »reinen Lehre« behielt ich für mich, vermied es, mir über die Schultern schauen zu lassen. Im gelegentlichen Austausch mit Kollegen prahlten wir vorwiegend über »Heldengeschichten«. Problematische Situationen behielt jeder für sich. Doch langsam bekam dieses Bild Risse.

Meine Arbeit erfüllte ich von Anfang an mit einer mir »angeborenen« empathischen Haltung. Es war meine Stärke, den Menschen gut zuzuhören. Die dafür nötige Zeit habe ich ihnen gern gegeben. Sie fühlten sich verstanden und vertrauten sich mir mit ihren komplexen Problemen an. Die Verantwortung lud ich auf meine Schultern – bis die Last zu schwer wurde. Nach zehn Jahren Praxis kam ich einem Burnout nah.

Ich musste nach Wegen der Entlastung suchen. Dies führte mich zu Kursen in systemisch-lösungsorientierter Medizin und ich kam in Kontakt mit Peter

Ryser, der diese Kurse leitete. Durch diese Schulung fand ich zu den Denk- und Handlungsweisen, zu einer therapeutischen Haltung und Techniken, über die Sie in diesem Buch lesen können.

Wie konnte es soweit kommen? Ich hatte ein medizinisch zeitgemäß gutes Wissen, ein starkes Empathievermögen, eine gute ärztliche Haltung und eine ausgezeichnete Beziehungsfähigkeit. Jedoch fehlten mir die Instrumente, mit denen ich die Symptome des Patienten¹ in seiner konkreten Wirklichkeit, in seinem Lebenskontext, mit seinen Bedürfnissen sowie Fähigkeiten und Ressourcen mit dem nötigen medizinischen Handeln zusammenbringen konnte. Diese Synthese begann ich nun konkret zu lernen.

Der Weg der Hausarztmedizin zu einem neuen Selbstverständnis – von der disease-orientierten² zur personenbezogenen Medizin

Meine persönliche Geschichte spielt sich – genau wie das Krankheitsgeschehen unserer Patienten – in einem gegebenen Kontext ab. Ich kam 1969, vor fünfzig Jahren, als Student in Berührung mit der Medizin. Seit Beginn des 20. Jahrhunderts wurde die Hausarztmedizin zunehmend aus ihrer jahrhundertealten, angestammten und unbestrittenen Selbstverständlichkeit geworfen. Im Rahmen einer exponentiellen Entwicklung von phantastischen medizinisch-technischen diagnostischen und therapeutischen Errungenschaften wurde sie förmlich an den Rand gedrängt. Ihre Existenzberechtigung wurde sogar in Frage gestellt.

Die Hausarztmedizin musste ihren Stellenwert und Aufgabenbereich überdenken und ihr Selbstverständnis neu definieren. In einem langwierigen internationalen Prozess, der in der Schweiz in den 1970er Jahren begann, fand sie sich schließlich wieder, erstaunlicherweise im Zentrum der Medizin: als unentbehrliches Element an der Schnittstelle/Nahtstelle zwischen den immer zahlreicheren und verlockenderen medizinisch-technischen, mehrheitlich disease-orientierten Möglichkeiten und den wirklichen Bedürfnissen des Menschen, der in einer immer fraktionierteren Sicht einer hochspezialisierten Organmedizin beinahe verloren ging. Mit einem personenbezogenen Ansatz fokussiert die Hausarztmedizin ihre Aufgabe auf den Patienten als Person in allen seinen Lebensphasen. Sie zeigte auf, dass sie aufgrund ihrer Position an der Front jedes Krankheitsgeschehens und bei der Langzeitbetreuung der Patienten eine spezifische Aufgabe wahrnimmt, die nur sie erfüllen kann. Sie erkannte, dass sie

1 In diesem Buch werden im Allgemeinen die weiblichen *und* männlichen Formen verwendet. Jedoch beschränken wir uns bei »Patient« und »Arzt« aus pragmatischen und Lesbarkeitsgründen häufig auf die männliche Form, die selbstverständlich die weibliche inkludiert.

2 Krankheitsorientiert.

eine eigene wissenschaftliche Evidenz hat, die in vielen Bereichen von der spezialmedizinischen Evidenz abweicht; dass sie neben ihrer praktischen Tätigkeit einer eigenen Forschung und Lehre bedarf; dass sie somit eine akademische Position einnimmt und ihr ein eigener Lehrstuhl an der Universität zusteht (WONCA Europe, 2002/2011). Dieser Weg der hausärztlichen Emanzipation in den drei Bereichen Praxis, Lehre und Forschung führte in der Schweiz, später als in vielen anderen europäischen Ländern, in einem langwierigen berufs- und gesellschaftspolitischen Prozess (Tschudi u. Stricker, 2015) erst 2005 zum ersten Institut für Hausarztmedizin in Basel. Weitere Institute für Hausarztmedizin folgten danach rasch in allen weiteren Medizinischen Fakultäten der Schweiz.

Ihre persönliche Geschichte ist bestimmt anders. Vielleicht haben Sie die beschriebenen Zeiten ganz oder teilweise persönlich miterlebt und können Parallelen erkennen. Vielleicht aber kennen Sie den Kontext meiner Geschichte nur aus dem Geschichtsbuch und erleben heute noch die Ausläufer dieser langwierigen und noch nicht abgeschlossenen Entwicklung von einer krankheitsorientierten zu einer personenbezogenen Sicht ärztlichen Handelns.

Schön, dass Sie dieses Buch lesen und Ihr medizinisches und ärztliches oder sonstiges beratendes Handeln reflektieren wollen.

Im Abschnitt »Inhalt und Handhabung« dieses Buches erfahren Sie mehr über das Verständnis des personenbezogenen ärztlichen Handelns, das wir Autoren in diesem Buch vorstellen wollen.

Bruno Kissling

Personenbezogene Medizin und Gesundheitspolitik

Die Medizin und das Gesundheitswesen durchlaufen seit einiger Zeit eine kritische Phase. Diese zeigt sich im Spannungsfeld zwischen mehr und mehr hochtechnologischen medizinischen Möglichkeiten, die sich zunehmend im Grenznutzenbereich abspielen, und einer Kostenlast, die der Bevölkerung höchste Sorgen bereitet. Parallel zur technischen Entwicklung verkümmert die Kommunikation mit den Patientinnen und Patienten, die tarifarisch ungenügend honoriert wird. Alle Eingriffe zur Steuerung des Systems blieben bisher erfolglos.

Ursprüngliches Ziel der Medizin war es, akute Krankheiten zu heilen und den Menschen zu helfen, gesund zu bleiben, damit sie ihre Lebensaufgaben auf ihr Ziel hin verwirklichen können. Mit technischen Innovationen hat die Medizin große Erfolge erreicht, die wir außerordentlich schätzen und nicht mehr missen möchten. Viele früher tödlich verlaufende akute Krankheiten können wir heute überleben. Die dahinter liegenden Ursachen sind jedoch nicht alle heilbar. Sie können lediglich unter Kontrolle gehalten werden und benötigen als chronische Krankheiten eine lebenslange kontinuierliche medizinische Betreuung. Dies führt zu einer wachsenden Zahl von Menschen, die gleichzeitig mehrere Krankheiten (Polymorbidität) haben.

Parallel zu dieser neuen Herausforderung an die Medizin brachte das Internet allen Menschen einen freien Zugang zu Informationen auch im Bereich der Medizin – Informationen, die für Laien oft zu mehr Verunsicherung führen.

Unter allen diesen Veränderungen haben sich unsere Ansprüche an die Medizin sowie unsere Bedürfnisse und Erwartungen an die ärztliche Tätigkeit maßgeblich gewandelt und gesteigert. Die Summe dieser medizinischen und gesellschaftlichen Veränderungen führt die medizinischen Aktivitäten zusätzlich auch mehr und mehr in den Grenznutzenbereich. Neben einem möglichen Nutzen wächst das Risiko für potenziellen Schaden aus unnötigen Abklärungen, Überdiagnosen, unnötigen Behandlungen – und beim Arzt die Angst, etwas zu verpassen. Eine Angst, die weitere Maßnahmen zur Beseitigung der immer verbleibenden Ungewissheit erforderlich macht und sich leider auch kommerziell bewirtschaften lässt. Damit schießt die Medizin an ihrem ursprünglichen Ziel vorbei und kann sich paradoxerweise zur Gefahr für den Menschen entwickeln. Die Kosten des Gesundheitswesens ufern aus und gelangen in den Bereich der Verschwendung von finanziellen und personellen Ressourcen. »The medical establishment has become a major threat to health« (Illich, 1975).

Die Politik hat den gesellschaftlichen Auftrag, ein gesundheitserhaltendes Umfeld zu gestalten. Dabei konzentriert sie sich prioritär auf das Gesundheitswesen. Dieses will sie funktionsfähig, für alle zugänglich und bezahlbar erhal-

ten. Mit Blick auf diese Ziele beschreitet sie im Wesentlichen zwei ökonomisch geprägte Wege. Auf der Bevölkerungsebene will sie die Versicherungsprämien senken. Auf der Ebene der Medizin will sie die Effizienz steigern und, bei gesicherter Qualität, die Kosten senken. Zu diesem Zweck fördert die Politik mit tarifarischen Eingriffen die medizinisch-technischen Leistungen und limitiert die Zeit, die der Patient mit dem Arzt verbringt. Die Beratungszeit betrachtet sie als wesentlichen kostentreibenden Faktor. Eine qualifizierte Beratung ist jedoch die Grundlage, damit Arzt und Patient die alles durchdringende Ungewissheit/Unsicherheit und Angst verorten und ein Risiko-angemessenes Vorgehen festlegen können. Mit einer Limitierung der Beratungszeit erschwert die Politik die Klärung dessen, was der Patient in seinem Kontext und seiner auf Angst und (Des-)Information beruhenden katastrophisierenden Wirklichkeitskonstruktion wirklich benötigt. Zeitdruck führt unweigerlich zu mehr medizinisch-technischen Maßnahmen, die für den Patienten/ die Patientin und die Ärztin/ den Arzt mehr Sicherheit suggerieren, und verursacht somit mehr Kosten. Ein Teufelskreis.

Die Bedeutung der Arzt-Patient-Beziehung und ganz besonders die Wirkung des Gesprächs für eine angemessene gemeinsame Entscheidungsfindung zur Erfüllung der Bedürfnisse des Patienten oder der Patientin zeigt die Dokumentarfilm-Trilogie »Am Puls der Hausärzte« (2013) von Sylviane Gindrat (Ärztin, Sozialanthropologin, Filmemacherin). Diese Filme gestatteten erstmals einen tiefen Einblick in reale Konsultationen von Hausärztinnen und Hausärzten in verschiedenen städtischen, ländlichen und Berggebieten der Schweiz. Die Filme zeigen ungeschönt, was in der Sprechstunde bei der Arbeit zwischen Arzt und Patient geschieht und wirksam ist.

Den Ausschlag zum Schreiben dieses Buches gaben daher vor allem folgende vier Faktoren: die aktuelle Krise der Medizin, die wirkungslosen tarifarischen Bemühungen, die zentrale Bedeutung einer qualifizierten Beratung durch den Hausarzt sowie der filmische Einblick in das kraftvolle Wesen der Konsultation.

In diesem Buch engagieren wir uns für eine qualitativ hochstehende Medizin, die geprägt ist durch eine personenbezogene systemisch-lösungsorientierte Sichtweise, und zeigen einen möglichen Weg aus dem Dilemma von Medizin und Gesundheitswesen. Es stellt den Patienten, die Patientin als autonome Person mit seinen bzw. ihren Bedürfnissen und Ressourcen ins Zentrum des Geschehens. Es zeigt, wie der Arzt oder die Ärztin mit fachlichem Wissen und kommunikativer Kompetenz ein vertrauensbildendes und zielführendes Gespräch mit dem Patienten oder der Patientin auf Augenhöhe aufbauen kann. Wie sie mit methodisch strukturierter Gestaltung der Konsultation Ungewissheit/Unsicherheit und Angst gemeinsam bewältigen und effizient zu angemess-

senen Lösungen gelangen. Wie sie medizinisch-technische und personenbezogene Qualität in Übereinstimmung bringen können. Es zeigt die Bedeutung der Rolle des Arztes als Koordinator und Erschließer von Dienstleistungen in Absprache mit dem Patienten / der Patientin. Alle diese Elemente entfalten eine positive Wirkung auf die Zufriedenheit und Gesundheit des Patienten und des Arztes sowie für die Optimierung der resultierenden Kosten.

Die respektvolle und vertrauensvolle Beziehung, die auf diese Weise aufgebaut wird, gestattet Arzt/ Ärztin und Patient / -in, die immer vorhandene Begrenztheit und Endlichkeit sowie die damit verbundenen Ängste offen anzusprechen, in die Entscheidungsprozesse mit einzubeziehen und einen maßvollen Weg zu beschreiten. Es ist hinlänglich bekannt, dass Ärzte und Ärztinnen heute auch in gesundheitlichen Extremsituationen das Gespräch mit dem Patienten, der Patientin über diese grundsätzlichen Themen kaum aufnehmen. Stattdessen flüchten sie sich in medizinisch-technischen Hyperaktivismus, der in der Regel nicht zu den erwarteten Resultaten führt, jedoch zu Folgemaßnahmen, mehr Unsicherheit und Angst, letztlich zu einer schlechten Qualität und zu exorbitanten Kosten.

Alle diese Beobachtungen deuten darauf hin, dass die Klärung der Rolle und die Stärkung der kommunikativen Kompetenzen der Ärzte und Ärztinnen einen Weg aus der aktuellen kritischen Phase der Medizin darstellen könnte.

Inhalt und Handhabung dieses Buches

Was bietet dieses Buch? Reflexion und praktisches Arbeitsinstrument

In unserem Buch werfen wir Autoren systematisch einen vertiefenden Blick auf alle medizinisch-technischen, psychosozialen und interpersonellen Anteile, die in jeder Konsultation unvermeidbar zum Ausdruck kommen.

Wir beschreiben interaktive adaptive Prozesse auf unterschiedlichsten Ebenen. Diese sind immer und überall wirksam: in jedem Leben und in jedem Lebenskontext, so auch beim Gesund- und Kranksein, bei der Entwicklung eines Symptoms/Problems in seinem entsprechenden Kontext und dessen Lösung sowie bei der Begegnung von Arzt, Ärztin und Patient/-in in der Konsultation.

Wir benennen und reflektieren, was in der Konsultation bei der Begegnung von Arzt und Patienten vor sich geht, wie und weshalb diese Interaktionen wirksam sind und warum sie die nötige Aufmerksamkeit verdienen. Sich dieser interaktiven Wirkmechanismen bewusst zu sein, sie zu kennen, zu lernen, zu üben und mit ihnen zu arbeiten befähigt den Arzt zu einem personenbezogenen, lösungsorientierten bio-psycho-sozialen Handeln von hoher Qualität und Effizienz³.

Wir stellen die grundlegenden Mechanismen einer systemisch-lösungsorientierten Gestaltung der Konsultation vor. Sie enthalten ein Potenzial, das die Konsultation selbst zu einem therapeutischen Instrument machen kann.

Den Ablauf einer so gestalteten Konsultation behandeln wir systematisch und ausführlich. Wir wollen reflektieren, wie der prozessverantwortliche Arzt diese unterschiedlichen Elemente in die einzelnen Konsultationsschritte – Anamnese, Untersuchung, Beurteilung und Therapie – wirkungsvoll einbeziehen kann.

Mit der Beschreibung von Ziel und Vorgehensweise, mit Kommentaren sowie mit einer Auswahl von Fragen zu jedem Konsultationsschritt bieten wir ein praktisches, im Praxisalltag anwendbares Arbeitsinstrument an. Die Fragen sind so formuliert, dass der Arzt mit ihnen den Patienten in das Geschehen aktiv mit einbeziehen, bei ihm Reflexionen über sein Symptom/Problem anstoßen, Orientierung schaffen und ihm eine erweiterte Sicht (Reframing) auf seine Situation eröffnen kann. Die Fragen sind als Beispiele gedacht für eine situationsgerechte, lebendige, kreative Formulierung im realen Praxisalltag.

Zu alledem stellen wir die Konsultation in einen erweiterten gesellschaftlichen und gesundheitspolitischen Kontext.

3 Effizienz verstehen wir als einen möglichst direkten, gemeinsam gestalteten, auf Ziel und Lösung fokussierten Prozess von hoher Qualität.

Was ist personenbezogene Medizin?

Nach unserem Verständnis geht es in der gesamten Medizin, nicht nur in der Hausarztmedizin, darum, den Patienten mit seinem Symptom / Problem, seiner Wirklichkeitskonstruktion als Person in ihrem Lebenskontext und mit ihren Fähigkeiten, Ressourcen und Bedürfnissen ins Zentrum jedes diagnostischen und therapeutischen Bemühens zu stellen. Diese Sicht betrifft auch alle nicht-ärztlichen beratenden Tätigkeiten in einem gesundheitlichen Kontext.

Eine so verstandene personenbezogene Beratung erfordert eine tragfähige Beziehung und ein Vertrauensverhältnis zwischen Ärztin / Arzt und Patient / -in (siehe thematischer Schwerpunkt 1: Grundlagen systemisch-lösungsorientierter Beratung). Die Haltung des Arztes, der Ärztin ist geprägt von Wertschätzung, Empathie und Authentizität. Diese Essenzen sind die zentralen Elemente therapeutischer Wirksamkeit.

Die Konsultation als Begegnung von Arzt und Patient mit eigenem therapeutischen Potenzial

Die Konsultation steht im Zentrum des Geschehens. Sie ist der Ort, an dem sich Arzt und Patient begegnen. In ihr gestalten und pflegen sie ihre Beziehung. Hier transformieren sie das Symptom / Problem des Patienten zu einer gemeinsamen Wirklichkeit und entwickeln zusammen eine »Beurteilung« oder Diagnose. In der Konsultation besprechen sie die medizinisch-technischen und / oder psychosozialen therapeutischen Möglichkeiten und stimmen diese auf die persönlichen Bedürfnisse des Patienten ab. Hier vereinbaren sie gemeinsam getragene und zielführende Abmachungen in Richtung einer antizipierten Lösung.

Eine methodisch sorgfältig gestaltete Struktur der Konsultation gibt der Ärztin / dem Arzt und dem Patienten / der Patientin Orientierung. Sie schärft ihre Aufmerksamkeit für die Hintergründe des Symptoms / Problems und seine verschiedenen Interaktionen im Lebenskontext. Sie hilft ihnen bei der Beurteilung der Gesamtsituation. Und sie erlaubt, komplexe Zusammenhänge und Ressourcen in den Abklärungs- und Therapieprozess mit einzubeziehen. Im Rahmen einer gut geführten Konsultation können Arzt und Patient in einer gegebenen Situation die bestmögliche Qualität erreichen.

Mit aktivem Zuhören (siehe thematischer Schwerpunkt 4: Aktives Zuhören), Zusammenfassen des Gehörten, Nachfragen zum Verständnis des Gesagten auf sachlicher und emotionaler Ebenen sowie mit wirksam formulierten Fragen kann der Arzt für sich und beim Patienten Orientierung schaffen. Er kann bei

ihm Reflexionen über sein Symptom / Problem und dessen Bedeutung anstoßen, den Blick auf seine Ressourcen und Erwartungen werfen und ihn eine erweiterte Sicht auf seine Situation entwickeln lassen (Reframing). Dadurch wird die Konsultation selbst, dessen sind sich Arzt und Patient wenig bewusst, zu einem Instrument mit eigenem therapeutischem Potenzial.

Die Konsultation als komplex-adaptives interaktives Expertentreffen ...

Wir Autoren verstehen die Konsultation als komplex-adaptiven interaktiven Prozess zwischen Patient und Arzt. Ihre Begegnung entspricht einem Expertentreffen auf Augenhöhe. Mit einem systemisch-lösungsorientierten Vorgehen suchen sie gemeinsam zielorientiert nach situationsgerechten und angemessenen Lösungen in einem Feld von Ungewissheit / Unsicherheit. Diese Kurzfassung möchten wir erläutern.

Der Patient mit seinem Kompetenzfeld ist Experte für sein Symptom / Problem, dessen Entstehung wir als vorläufiges dynamisches Ergebnis eines komplex-adaptiven interaktiven Prozess verstehen. Der Patient weiß, wie er das Symptom / Problem wahrnimmt, auf welchem Hintergrund es sich entwickelt hat, wie es sich auf ihn und auf sein Umfeld auswirkt, welche Rückwirkungen und Folgen wiederum daraus resultieren, welche Bedeutung er dem Symptom / Problem und seinen Auswirkungen gibt. Er kennt seinen Lebenskontext, seine Stressoren und Ressourcen, seine Bedenken und Erwartungen, seine Einstellung und Werte und wie diese mit dem Symptom / Problem interagieren. Er kennt das innere Bild, das er sich von seinem Symptom / Problem macht, und die Wirklichkeit, die er sich aus seiner Situation schafft. In ihm ruhen auch die Lösungsmöglichkeiten für das Symptom / Problem. Dies alles ist im Patienten vorhanden, auch wenn er sich dessen nicht bewusst ist. Kurz, der Patient ist Experte für sein Kranksein, sein Krankheitserleben (illness).

Der Arzt mit seinem Kompetenzfeld ist Experte dafür, was die medizinische Wissenschaft aus den biologischen Krankheitsanteilen des Symptoms / Problems des Patienten machen kann. Er weiß um die Bedeutung von biologischen, psychischen und sozialen Faktoren des Symptoms / Problems sowie um die unvermeidbaren Interaktionen unter diesen Elementen. Er kennt die Evidenz und Signifikanz der wissenschaftlichen, statistischen Wirkbereiche von medizinisch-technischen Handlungsmöglichkeiten. Er transferiert das subjektive innere Bild des Patienten in ein »objektives« medizinisches Bild und schafft eine medizinische Wirklichkeit. Kurz, der Arzt ist Experte für die Krankheit (disease).

... für ein systemisch-lösungsorientiertes bio-psycho-soziales Handeln ...

Unter der Prozessverantwortlichkeit des Arztes nähern sich Arzt und Patient dem Symptom/Problem mittels methodisch strukturierter, systemisch-lösungsorientierter Kommunikation und erarbeiten so eine gemeinsam abgestimmte Wirklichkeit. Diese schafft Orientierung und ist Ausgangspunkt für einen gemeinsamen, auf die Bedürfnisse und Möglichkeiten des Patienten zugeschnittenen, für beide Seiten verbindlichen, zielführenden (effizienten) therapeutischen Prozess von hoher Qualität in Richtung einer Lösung.

... mit einem personenbezogenen optimalen Resultat

So verstanden wird die Konsultation zum Grundwerkzeug eines therapeutischen Geschehens, das mit seiner umfassenden bio-psycho-sozialen Sicht den Patienten als Menschen in seinem ganzen Sein einbezieht. So kann die Begegnung von Arzt und Patient in der Konsultation einen maßgeschneiderten, zielführenden, umfassenden und effizienten Heilungsprozess von hoher Qualität anstoßen. Der Patient erfährt Heilung, zumindest eine Verbesserung seines Symptoms/Problems, oder er findet einen Weg, wie er seine Situation verstehen und mit ihr neu umgehen kann (Reframing). Zudem erfährt er die Kraft seiner Selbstwirksamkeit. Der Arzt spürt Befriedigung und Freude an seiner Arbeit. Dies trägt bedeutend zu seinem eigenen Wohlbefinden bei.

Wir beschreiben die Konsultation in 7 Schritten

Aus didaktischen Gründen zerlegen wir die Konsultation in 7 konsekutive Schritte. In der realen Sprechstunde gestaltet der Arzt diesen Ablauf kreativ und lebendig. Er passt ihn situationsgerecht und harmonisch den persönlichen Bedürfnissen des Patienten, dem Konsultationsanlass, dem medizinischen Bedarf und dem Gesprächsfluss an. Lediglich Beginn und Ende der Konsultation dürften in der Regel immer ähnlich sein.

Gerade bei herausfordernden, schwierigen und komplexen Konsultationsanlässen kann der Arzt anhand dieses Rasters die Konsultation Schritt für Schritt strukturieren. Bereits mit dieser strukturierenden Gestaltung kann er beim Patienten und bei sich selbst Orientierung schaffen. Mit geeigneten Fragestellungen kann er diese noch vertiefen, den Patienten in den diagnostischen und therapeutischen Prozess mit einbeziehen und gemeinsam mit ihm einen lösungsorientierten Weg finden und beschreiten.

Wir Autoren sind uns bewusst, dass der Alltag des Hausarztes, der Hausärztin geprägt ist durch eine Vielzahl von überschaubaren Fragestellungen, die mit wenig Zeitaufwand geklärt werden können. Auch diese »normalen«, relativ kurzen Konsultationen wegen »banaler« Erkrankungen, bei konkretem und genau formulierbarem Konsultationsanlass – bei einem bekannten oder nicht bekannten Patienten – sowie Konsultationen unter Zeitdruck kann der Arzt effizienter gestalten, wenn er diese wirksamen Grundmechanismen und ihre Wirkung kennt, begriffen hat und bewusst in seine Arbeit mit einbezieht. Dabei überprüft er bei seiner Vorbereitung alle Konsultationsschritte. Er entscheidet, wo er einsteigen, wie er vorgehen, was er voraussetzen und wo er gegebenenfalls seinen Schwerpunkt setzen möchte. Danach modifiziert er den Konsultationsablauf entsprechend der jeweiligen Situation.

In beiden Situationen fühlt sich die Patientin, der Patient wahrgenommen und verstanden. Arzt und Patient können zielgerichtet zusammenarbeiten. Der Heilungsprozess des Patienten wird qualitativ optimal unterstützt. Die verfügbare, oft knappe Zeit kann effizient genutzt werden. Arzt und Patient sind zufrieden. Die Freude des Arztes an seinem Beruf und seine Gesundheit bleiben erhalten. Die »kluge Sorge für sich selbst« ist wiederum eine wichtige Voraussetzung dafür, dem Patienten ein guter Arzt zu sein.

Jeden der 7 Konsultationsschritte behandeln wir in einem praktischen und einem theoretischen Teil. Im praktischen Teil *praktisches Vorgehen* werden die Zielsetzung und Vorgehensweise des jeweiligen Konsultationsschrittes kurz dargestellt und mit einem ausführlichen Set an wirkungsvoll formulierten Fragebeispielen ergänzt. Mit diesen regt der Arzt beim Patienten Reflexionen zu seinem Symptom / Problem an. Er eröffnet ihm die Möglichkeit von erweiterten Sichtweisen (Reframing) und öffnet so einen zielorientierten Weg in Richtung einer Lösung. Er bezieht den Patienten aktiv in das gesamte Geschehen mit ein.

Unsere Fragen sind als anregende Beispiele gedacht. Die Listen sind teils lang und nicht abschließend. Der Arzt geht selbstverständlich nicht die ganze Litanei durch. Er stellt seine Fragen in jeder Konsultation situationsgerecht und passt seine Sprache personengerecht dem Patienten an. Seine eigenen Fragen können durchaus besser und geeigneter sein als unsere Beispiele.

Im theoretischen Teil *erweiterte inhaltliche Beschreibung des Ablaufs / Prozesses* reflektieren wir die tieferen Zusammenhänge in den einzelnen Konsultationsschritten, ihre unterschiedliche Bedeutungen und Wirkungen auf den Patienten mit seinem Lebenskontext und auf den Arzt. Hier zeigt sich zudem deutlich die feedbackartige Wechselwirkung unter den einzelnen Konsultationsschritten.

Thematische Schwerpunkte

In diesen Kapiteln vertiefen wir unterschiedliche Schwerpunktthemen, die alle Schritte der Konsultation gleichermaßen betreffen und durchflechten. Dabei erörtern wir die wissenschaftlichen Grundlagen zu unserer Sicht auf die Konsultation. Wir befassen uns mit kommunikativem Werkzeug. Wir reflektieren grundsätzliche Anforderungen an uns therapeutisch und beratend tätige Personen.

Bewusst werden, verstehen lernen, anwenden, reflektieren

Mit unserem Buch wollen wir bei den Lesenden das Bewusstsein um die immanent wirkenden interaktiven Mechanismen wecken. Wir wollen sie dazu animieren, Fragen auszuprobieren, diese so zu formulieren, dass sie beim Patienten, bei der Patientin Reflexionen anstoßen. Und wir möchten die Lesenden die Wirkung dieses Vorgehens erfahren lassen.

Diese kommunikativen Fertigkeiten sind nicht selbstverständlich. Sie sind jedoch erlernbar. Wen es packt, kann sich weiter in die Materie vertiefen. Die Literaturliste in diesem Buch zeigt, wo das Gelesene theoretisch vertieft werden kann.

Gewinnbringender dürfte es sein, einen speziellen Lehrgang zu besuchen, in dem ein interaktives und überprüftes praktisches Lernen möglich ist. Für eine virtuose lebendige Gestaltung der Konsultation braucht es neben dem Erwerb von kommunikativem Basiswissen auch ein fortdauerndes Training. Es muss im Alltag bewusst geübt und, idealerweise, immer wieder im Kollegenkreis besprochen werden. Dazu geeignet sind Supervisionen in Gruppen und gegenseitiger Austausch in Intervisionen unter Kolleginnen und Kollegen.

Wie wissenschaftlich ist der Inhalt dieses Buches?

Was wir schreiben, basiert auf dem Konzept der systemisch-lösungsorientierten Psychologie (siehe thematischer Schwerpunkt 1: Grundlagen systemisch-lösungsorientierter Beratung). Zudem integrieren wir Erkenntnisse aus der komplex-adaptiven Systemtheorie (siehe thematischer Schwerpunkt 2: Einführung in die komplex-adaptive Systemtheorie). Beide Konzepte sind wissenschaftlich unterlegt. Die Übertragung dieser Konzepte in die ärztliche Sprechstunde, die von Peter Ryser vor gut 25 Jahren pionierhaft vorgenommen wurde, ist nicht wissenschaftlich erforscht.

Unsere systemisch-lösungsorientierte Sicht auf die Konsultation stützen wir vor allem auf geschaffenes Wissen: aus der Lektüre von zahlreichen Büchern

und Artikeln in nationalen und internationalen Journals; aus dem Austausch mit vielen praktisch tätigen, lehrenden und forschenden Kolleginnen und Kollegen an nationalen und internationalen Hausärzte-Kongressen; aus Erfahrungsberichten von Hausärztinnen und Hausärzten, die sich berufsbegleitend in interaktiv strukturierten Kursen in das systemisch-lösungsorientierte Denken eingearbeitet haben und das erworbene Wissen seit Jahren in ihren Konsultationen einsetzen und als wirkungsvoll erleben.

Unsere Betrachtung, dass eine systemisch-lösungsorientiert gestaltete Konsultation per se ein wirkungsvolles therapeutisches Instrument ist, wurde bisher nicht wissenschaftlich erforscht. Sie ist empirisch bestätigt durch Feedbacks von so arbeitenden Ärztinnen und Ärzten sowie von Patienten und Patientinnen. Und sie wurde in jahrelangem Austausch bei Intervisionen und Supervisionstreffen immer wieder überprüft und bestätigt.

Für wen ist das Buch geschrieben?

Das Buch ist aus einer hausärztlichen Perspektive geschrieben, jedoch nicht nur für Hausärztinnen und Hausärzte. Die hier herausgearbeiteten Elemente sind für alle Ärzte und Ärztinnen jeder Fachrichtung bedeutsam sowie für alle nicht-ärztlichen Gesundheitsfachpersonen – Pflegende, Psychologinnen, Sozialarbeitende, Physiotherapeutinnen etc. –, die eine beratenden Tätigkeit mit Patienten oder Klienten in einem medizinischen Kontext ausüben.

Das Buch ist eher für eine fertig ausgebildete oder vor dem Abschluss der Ausbildung stehende Leserschaft gedacht. Wir setzen bei unseren Betrachtungen ein gutes und zeitgemäßes theoretisches und praktisches Fachwissen der beratenden Person in ihrem jeweiligen Berufsbereich voraus. Entsprechend befassen wir uns lediglich mit der Gestaltung der Konsultation und nicht mit den spezifischen fachlichen Gegebenheiten. Wir werfen sozusagen einen Blick aus der Metaebene auf die Konsultation.

Wie kann das Buch angewendet werden?

Es lässt sich individuell als Lehrbuch lesen. Es kann vom Arzt / der Ärztin, vom Berater / von der Beraterin als Nachschlagewerk bei gezielten Fragestellungen oder als praktisches Instrument vor, während und nach der Konsultation eingesetzt werden. Es kann als Lehrmittel im Rahmen von moderierten Workshops im Bereich von Aus-, Weiter- und Fortbildungsveranstaltungen verwendet werden. Medizinstudierende können sich ein Bild über die Arbeit mit dem Patienten machen. Jungen Ärzten und Ärztinnen in Weiterbildung kann es ein Orientierungsfaden sein. Erfahrene Praxisärzte können ihr tägliches Handeln reflektieren. Nicht zuletzt können sich auch Patientinnen und Patienten ein Bild über eine gute und wirksame Konsultation machen.

Kostenloses Herunterladen der Fragenkataloge und der Anamnesenskizze

Alle im Buch zu jedem Konsultationsschritt gedruckten Fragenkataloge sowie die Skizze über die Anamnese aus systemisch-lösungsorientierter Sicht können mit dem Kauf des Buches für den persönlichen Gebrauch kostenlos im Internet heruntergeladen werden. Ausgedruckt können die Fragenbeispiele den Arzt beim Gespräch mit dem Patienten, insbesondere in komplexen Situationen, unterstützen.

Kostenloses Streaming der Dokumentarfilm-Trilogie »Am Puls der Hausärzte«

Der Kauf des Buches berechtigt zudem zu einem kostenlosen Streaming der Dokumentarfilm-Trilogie »Am Puls der Hausärzte« (2013) von der Ärztin, Sozialanthropologin und Filmemacherin Sylviane Gindrat für den Eigenbedarf (Links und Kennwörter für das Streaming finden Sie am Ende des Buches; Infos auf www.ampulsderhausaeerzte.ch). Für eine öffentliche Nutzung oder für den regelmäßigen Einsatz im Bereich der Lehre gelten die üblichen urheberrechtlichen Bedingungen, die mit der Filmproduktion Ghornuti Filmproductions GmbH (E-Mail: info@ghornuti.ch) direkt geklärt werden können. Der Kinofilm eröffnet einen hautnahen Einblick in reale, personenorientiert geführte Konsultationen von zwei Hausärztinnen und vier Hausärzten in der Stadt, auf dem Land und in den Bergen der Schweiz.

Bruno Kissling und Peter Ryser

Die Konsultation in 7 Schritten

SCHRITT 1: **Vorbereiten**

- Auf den Patienten einstellen
 - Selbstklärung
 - Rollenklärung
 - Rahmenklärung⁴
- Krankengeschichte anschauen
- Abmachungen vergegenwärtigen
- Wie einsteigen?

4 Schulz von Thun (2001).

Praktisches Vorgehen

- Auf den Patienten einstellen
 - Selbstklärung
 - Rollenklärung
 - Rahmenklärung⁵
- Krankengeschichte anschauen
- Abmachungen vergegenwärtigen
- Wie einsteigen?

Was angestrebt wird

Sich auf den kommenden Menschen, den Patienten einstellen und die bisherige Zusammenarbeit auf der Ebene der persönlichen Betroffenheit, des fachlichen, medizinischen Geschehens und des Therapie- und Interaktionsprozesses vergegenwärtigen.

Wie Sie vorgehen können

- ▶ Überdenken Sie, wie es Ihnen in der letzten Konsultation ergangen ist und wie Sie die Beziehung zwischen Ihnen und dem Patienten erlebt haben und auf was sie in der kommenden Konsultation Ihr Interesse richten wollen.
- ▶ Überprüfen Sie Ihre Einträge in der Krankengeschichte und beachten Sie besonders die vereinbarten Abmachungen und Aufgaben.
- ▶ Klären Sie die Rahmenbedingungen der heutigen Begegnung und die zur Verfügung stehende Zeit und wie Sie in die Konsultation einsteigen wollen.

Fragenbeispiele, die die Reflexion anregen

Auf den Patienten einstellen

Selbstklärung (Fragen an mich als Person)

- Wie ist es mir während der letzten Konsultation persönlich ergangen?
- Wo stehen wir, Arzt und Patient, fachlich und gefühlsmäßig miteinander?
- Wie nehme ich die Beziehung zwischen uns wahr und wie sieht sie wohl der Patient?
- Was möchte ich erreichen und was könnte der Patient erreichen wollen?

5 Schulz von Thun (2001).

- Wie geht es mir mit den Themen und Erwartungen des Patienten und wie geht es wohl ihm damit?
- Habe ich die Geschichte der vorangegangenen Konsultation »psychohygienisch abgelegt«?
- Fühle ich genügend Energie für den jetzt kommenden Patienten?

Rollenklärung (Fragen zu meiner Rolle und zur Rolle des Patienten)

- Wie habe ich den Patienten erlebt? Als Besuchenden, Klagenden oder Kunden (vgl. de Shazer in: Thematischer Schwerpunkt 7: Ressourcen)?
- In welcher Rolle, welchen Rollen bin ich, in welchen der Patient?
- Stimmt mein Behandlungsstil mit den Vorstellungen des Patienten überein?

Rahmenklärung (Fragen zum Konsultationsrahmen)

- Welches ist der heute mögliche zeitliche Rahmen?
- Bin ich zeitlich gut unterwegs oder im Verzug?
- Ist der Raum vorbereitet?
- Sind im Konsultationsraum allfällige Spuren der vorangegangenen Konsultation entfernt?
- Habe ich möglicherweise angsteinflößende Gegenstände entfernt?

Krankengeschichte anschauen (Fragen zum fachlichen Geschehen)

- Welche Beschwerden, Probleme, Klagen, Zielsetzungen, Lösungsansätze und Ressourcen haben wir in der letzten Konsultation besprochen?
- Ist noch etwas aus der letzten Konsultation hängen geblieben?
- Was ist in der Zwischenzeit passiert?
- Haben die geplanten Untersuchungen stattgefunden und liegen die Resultate vor?
- Falls nicht, sollten diese vor der Konsultation noch erfragt werden?

Abmachungen vergegenwärtigen

- Welche Aufgaben habe ich mit dem Patienten vereinbart?
- Habe ich meine Aufgaben erledigt?
- Welches ist meine ärztliche Agenda für die heutige Konsultation?
- Was soll in der heutigen Konsultation aus meiner Sicht erreicht werden?

Wie einsteigen?

- Mit welchen Worten eröffne ich die Konsultation?

Erweiterte inhaltliche Beschreibung des Ablaufs / Prozesses

- Auf den Patienten einstellen
 - Selbstklärung
 - Rollenklärung
 - Rahmenklärung⁶
- Krankengeschichte anschauen
- Abmachungen vergegenwärtigen
- Wie einsteigen?

Mit einer guten Vorbereitung kann sich der Arzt von Beginn der Konsultation an voll auf den Patienten konzentrieren. Das ist eine wichtige Voraussetzung für eine zielorientierte Konsultation und ein gutes Zeitmanagement. Für den Patienten ist es ein Zeichen, dass er mit seinem Anliegen vom Arzt ernst genommen wird. Dies stärkt die Arzt-Patient-Beziehung und das Vertrauen. Der Patient wird ermutigt, sich am Heilungsprozess zu beteiligen und den Behandlungsprozess weiterzuführen.

Der Arzt kann dem Patienten, umgekehrt, kaum verheimlichen, wenn er nicht vorbereitet ist. In diesem Fall sollte er dies offenlegen und begründen. Der Patient wird dafür Verständnis aufbringen. Den Anschluss an die Vorkonsultation können Sie dann gemeinsam erstellen.

Auf den Patienten einstellen

Selbstklärung

Der Arzt stellt sich mental auf die Person des Patienten ein. Er reflektiert seine persönlichen Gedanken und Gefühle zu ihm, unabhängig davon, ob er ihm von früheren Konsultationen bereits bekannt ist oder ob es sich um einen Erstkontakt handelt. Er ruft seine Gedanken zum Thema während der vorangegangenen Konsultation(en) in Erinnerung. Er macht sich bewusst, ob oder in welcher Weise die Geschichte des Patienten seine eigene Welt berührt. Er überprüft seine eigene Motivation, achtet auf eine positive Grundhaltung und weckt seine Neugier auf den Patienten. Nicht zuletzt schätzt er seine eigene Energie für die heutige Konsultation ein.

6 Schulz von Thun (2001).

Rollenklärung

Der Arzt stellt sich immer wieder darauf ein, dass die Konsultation ein Expertentreffen ist zwischen ihm und dem Patienten. Als Arzt hat er zwei Rollen: Zum einen ist er medizinischer Fachexperte und zum anderen Verantwortlicher für den Behandlungsprozess. Der Patient ist Experte für seine Probleme und deren Lösungsmöglichkeiten. Er vergegenwärtigt sich, wie er den Patienten erlebt hat, als Besuchenden, Klagenden oder Kunden (vgl. de Shazer in: Thematischer Schwerpunkt 7: Ressourcen), und wie er in der heutigen Konsultation damit umgehen will. Er reflektiert, ob problematische Machtverhältnisse zwischen Arzt und Patient bestehen. Er überlegt, ob der gewählte Behandlungsstil geklärt werden muss.

Rahmenklärung

Der Arzt achtet auf den zur Verfügung stehenden Zeitrahmen. Er sorgt für einen freundlichen Empfang und eine generell gute menschliche und gestalterische Atmosphäre in den Praxisräumlichkeiten. Den Konsultationsraum gestaltet er funktionell ansprechend mit angenehmem Licht, guter Luft und einer einladenden Sitzordnung. Die Praxisorganisation soll eine vernünftige Wartezeit und eine möglichst störungsfreie Konsultation gewährleisten.

Krankengeschichte anschauen

Mit der sorgfältigen Durchsicht der letzten Einträge in der Krankengeschichte vergegenwärtigt sich der Arzt den Patienten als Person, sein Anliegen, die bereits gemachten Untersuchungen und deren Resultate, die Arbeits(hypo)these, die Abmachungen und Pendenzen (offene, noch ungeklärte Themen).

Abmachungen vergegenwärtigen

Die ärztliche Behandlung ist in vielen Fällen ein über mehrere Konsultationen dauernder Prozess. Die anlässlich der Vorkonsultation gemeinsam getroffenen Abmachungen sind das Bindeglied für die Kohärenz des Behandlungsprozesses und ein Zeichen der gegenseitigen Verbindlichkeit.

Falls der Arzt oder der Patient die Abmachungen nicht eingehalten haben, sollten die Beweggründe dafür erforscht werden. Sie enthalten Informationen über allfällig unterschiedliche Einschätzungen der Krankheitssituation, geben Hinweise auf kontextuelle Einflüsse auf Seiten des Patienten sowie über Beziehung und Vertrauen zwischen Arzt und Patient.

Wie einsteigen?

Während der Vorbereitung macht sich der Arzt Gedanken, wie er in die Begegnung mit dem Patienten einsteigen will: mit welchen Worten; worauf er in der bevorstehenden Konsultation sein Augenmerk besonders legen will; wie er dabei vorgehen will.

Sein Plan wird der Situation angepasst unterschiedlich sein, je nachdem ob es sich um eine Erstkonsultation eines bisher nicht oder von früheren Konsultationen bekannten Patienten handelt oder um eine Folgekonsultation.

Bei einer Erstkonsultation wird er mit einer ganz offenen Frage einsteigen.

Bei einer Folgekonsultation kann der Arzt den Patienten zum Beispiel fragen, was zwischenzeitlich geschehen ist, wie es ihm ergangen ist und zurzeit geht.

Der Arzt kann die letzte Konsultation und deren Resultate sowie alles, was seither für den Patienten geschah, zusammenfassen. Er kann dem Patienten Gelegenheit geben, diese Zusammenfassung zu bestätigen und zu ergänzen. Falls der Patient wegen eines anderen, zwischenzeitlich aufgetretenen Symptoms/Problems in die Sprechstunde kommt, wird er dies gleich zu Beginn erfahren. So können Arzt und Patient auf demselben Ausgangspunkt starten.

Der Arzt sollte nicht vergessen, den Patienten zu fragen, ob von der letzten Konsultation noch etwas hängen geblieben ist, ob er noch etwas nachtragen möchte und ob inzwischen etwas Neues dazugekommen sei. Auf diese Weise können die Agenden von Arzt und Patient abgeglichen werden und die Konsultation kann für beide klar und transparent gestaltet werden.