

# Kommunikationstraining für Hausärzte/innen – Zur Umsetzung von Trainingsinhalten im hausärztlichen Praxisalltag



V Leve<sup>1</sup>, S Steinhausen<sup>2</sup>, O Reddemann<sup>1</sup>, S Wilm<sup>1</sup>, F Vitinius<sup>3</sup>, M Langenbach<sup>4</sup>, A-W Bödecker<sup>5</sup>, M Alich<sup>6</sup>, H Pfaff<sup>6</sup>, E A M Neugebauer<sup>7</sup>



## Hintergrund:

In der hausärztlichen Praxis ist das Gespräch mit Patienten/innen ein zentrales Element patientenorientierter Versorgung. Für die hausärztliche Versorgungssituation in Deutschland wurde aus diesem Grund ein Kommunikationstraining basierend auf dem Four Habits Modell angepasst und weiterentwickelt. Zentral für die Umsetzung ist dabei der Peer-Trainings-Ansatz. Es wurden neun je zweitägige Trainings durchgeführt, an denen insgesamt 104 Hausärzte/innen teilnahmen.

## Fragestellung:

Leitende Fragestellung für die anschließende Befragung der Teilnehmenden war, inwiefern Trainingsinhalte im Praxisalltag umgesetzt werden konnten. Wie wurde bei der Umsetzung vorgegangen und welche Faktoren wirkten hinderlich auf die Anwendung?

## Methodik:

Jeweils sechs Wochen nach der Teilnahme an einem Training wurde eine Online Befragung durchgeführt. Zur Ermittlung von Erfahrungen und Barrieren bezüglich der Umsetzung von Trainingsinhalten wurden Freitextantworten mittels einer Matrix-Methode in einer multiprofessionellen Gruppe (Allgemeinmedizin, Psychosomatik, Soziologie) ausgewertet.

## Ergebnisse:

An der Befragung nahmen 37 Teilnehmende des Kommunikationstrainings teil. Der Gesprächseinstieg, die Strukturierung des Gespräches sowie der Umgang mit Krankheitskonzepten der Patienten/innen wurden von den Befragten im Anschluss an das Training als besonders relevant wahrgenommen.

Strukturelle Hindernisse bei der Anwendung ergaben sich durch schwer planbare Faktoren im Praxisalltag, die die Umsetzung der Trainingsinhalte erschwerten. Individuelle Barrieren bestanden darin, dass Trainingsinhalte als der eigenen Authentizität entgegenstehend wahrgenommen wurden. Patienten/innenseitige Hindernisse ergaben sich z.B. bei jungen und fremdsprachigen Patienten/innen.

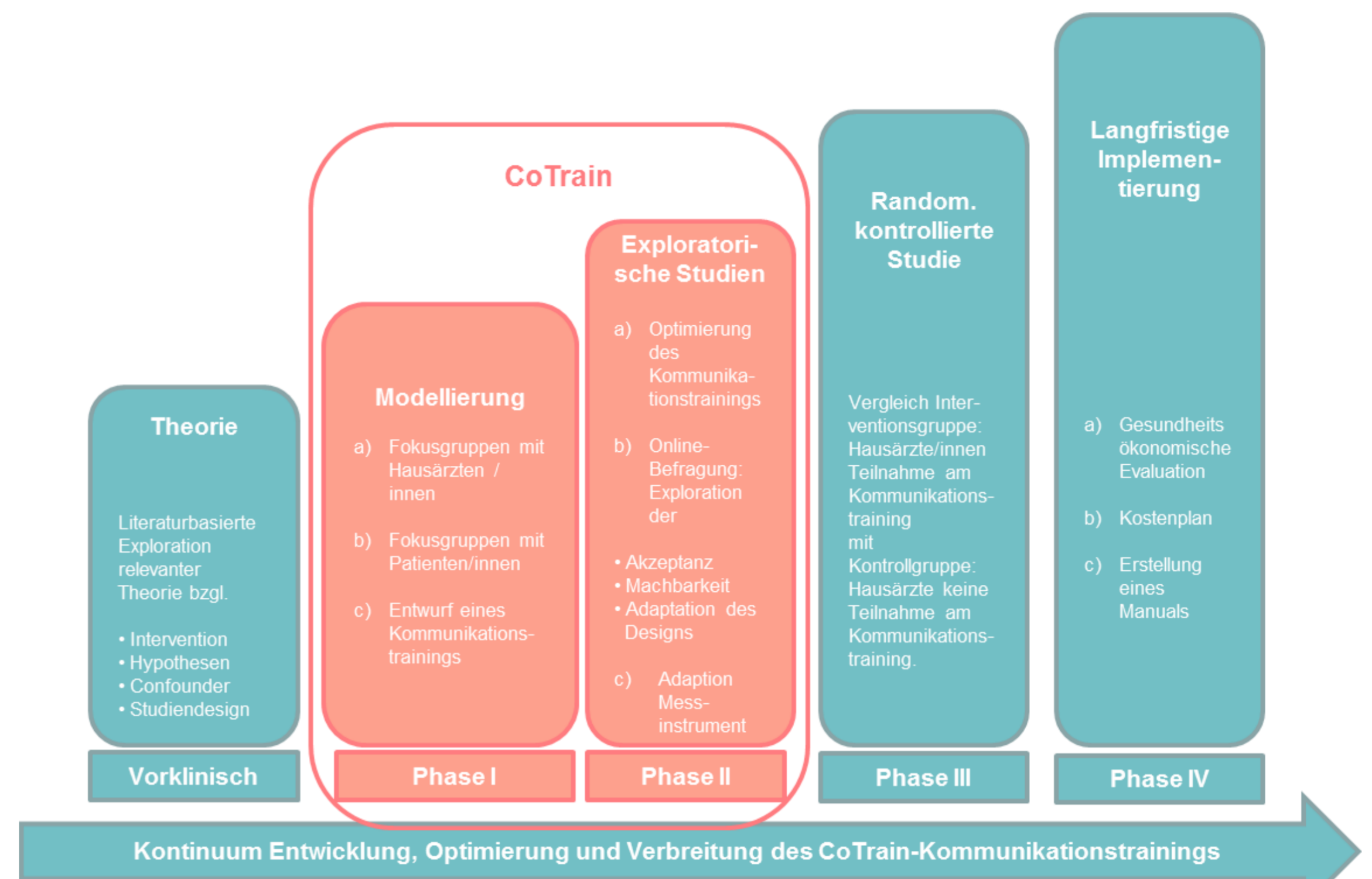


Abb. 1: Entwicklungsphasen komplexer Interventionen in Anlehnung an Campbell et al. 2000

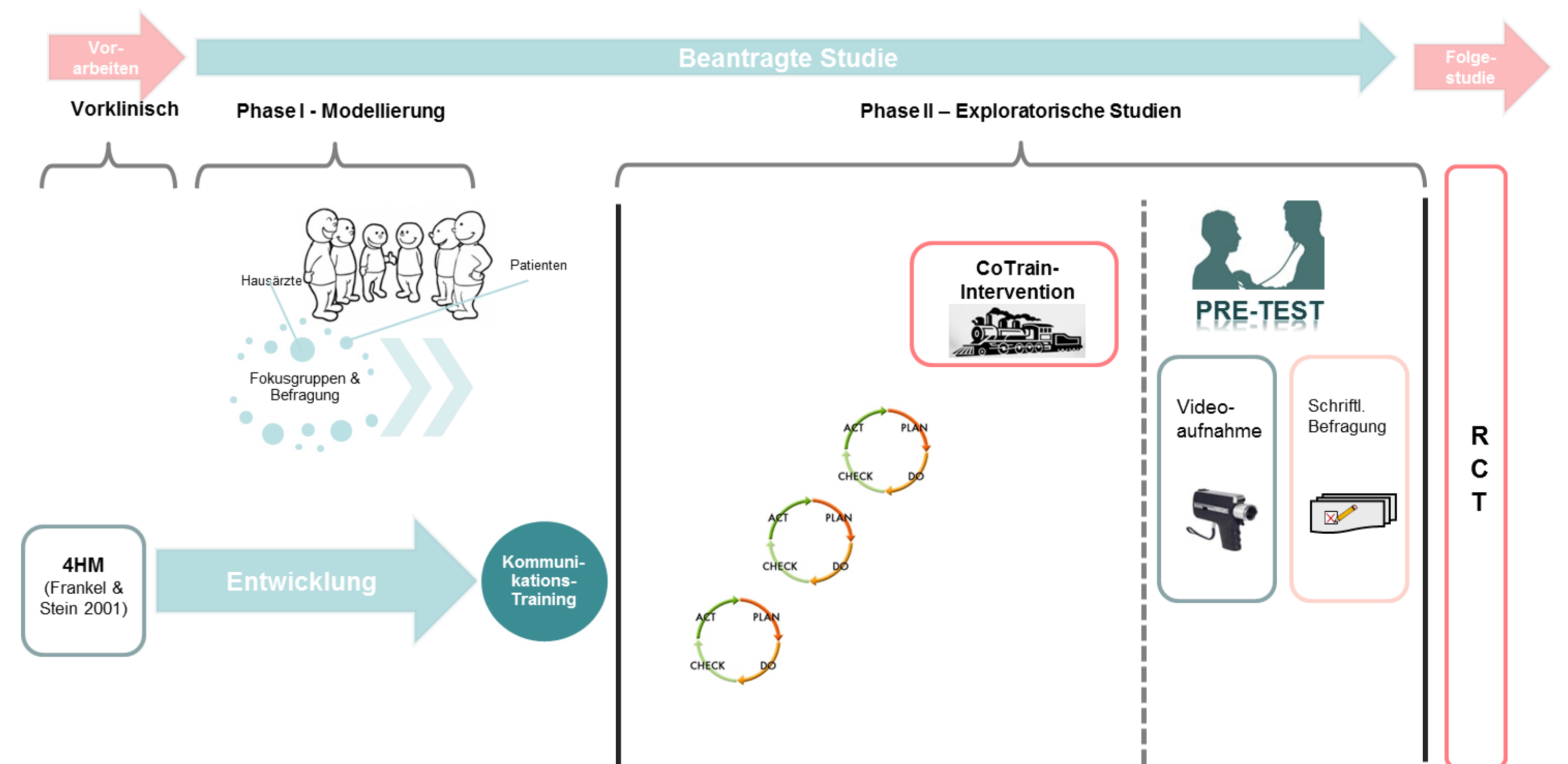


Abb. 2: Phasen I und II zur Entwicklung der CoTrain Intervention in Anlehnung an Campbell et al. 2000

## Ergebnisübersicht : Umsetzung im Praxisalltag

### Habit 1: Investiere in den Anfang

Ich lasse die Patienten jetzt konsequent ausreden und frage nach Beendigung der Patientenausführungen noch zwei bis drei mal nach, ob es noch etwas gibt

2-3 Minuten zu warten, bis der Pat. ausgereedet hat.

Deutlich mehr Zeit gelassen beim Beginn des Gespräches.

Ideal für den schwierigen Patienten, der von einem Punkt zum nächsten wechselt

Das Ausgliedern von Teilproblemen im Kontakt und Beschäftigen hiermit.

### Habit 2: Versuche die Sicht des/der Patient/in zu verstehen

...öfter nach Erwartungen an mich gefragt.

Oft hat Patient anfangs schon das Problem für sein Leben geschildert oder auch seine Idee darüber, sodass oft die Frage danach entfiel.

Speziell das Anliegen des Pat. zu erfragen

...immer wieder die Frage nach der eigenen Konzeption des Patienten gestellt.

### Habit 3: Sei empathisch und freundlich

...bewusst je nach Fall Körperkontakt hergestellt

eine empathische Bemerkung gemacht oder Emotionen mitschwingen lassen.

### Habit 4: Informiere Patient/in-orientiert, plane gemeinsam und runde die Konsultation ab

...habe ich noch mehr darauf geachtet, eine passende Sprache zu wählen.

Zusammenfassung des Ergebnisses dieses Kontaktes. Planung des weiteren Vorgehens.

## Barrieren bei der Umsetzung

### Strukturell:

Meine Tage sind zu kurz.

zu oft unter Zeitdruck, dann Rückfall in altes Muster

Akutfälle in der Grippewelle. Da führen die 4 Habits zu echten Zeitverzögerungen

### Patienten/innenseitig:

manche Pat(ienten/innen), insbesondere die jungen Pat(ienten/innen) warten auf die Fragen, sie sagen von sich aus ganz wenig

### Individuell:

Es ist ungewöhnlich, mehrfach nach dem Anlass der Konsultation zu fragen

Musste erst meine eigene Formulierung zu den Wünschen und Erwartungen des Patienten an mich finden.

Gelegentlich falle ich in alte Muster der schnellen Unterbrechung des Patienten zurück, wenn mir seine Ausführungen gar nicht gefallen und ich unter Druck stehe.

## Allgemeine Bewertung des Ansatzes

Ich bin häufig viel zufriedener mit den Patientenkontakten, auch wenn ich nicht immer alles führe und vorgebe.

Ich habe schon immer so gearbeitet.

Ich habe das Training als sehr sinnvoll sowie als Anregung zur Selbstreflexion empfunden

...man braucht Zeit und ständige Ermutigung, eine Neuerung einzuführen und konsequent durchzusetzen.

## Diskussion:

Die Ergebnisse zeigen, dass die Trainingsinhalte einen hohen Anwendungsbezug für den hausärztlichen Praxisalltag aufweisen. Durch den Einsatz der Peer-Trainer/innen wird der Bezug zu hausärztlich relevanten Gesprächssituationen ermöglicht. Aufgrund der diskutierten Ergebnisse wurde ein ergänzendes Refresher-Training sechs Monate nach Abschluss des letzten Trainings angeboten.

## Literatur:

Stewart, M., Brown, J. B., Donner, A., McWhinney, I. R., Oates, J., Weston, W. W. & Jordan, J. (2000). The impact of patient-centered care on outcomes. J Fam Pract, 49, 796-804.  
Campbell M, et al. (2000). Framework for design and evaluation of complex interventions to improve health. BMJ 321: 694-696

## Institute:

1 Institut für Allgemeinmedizin, Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf; 2 Institut für Forschung in der Operativen Medizin (IFOM), Universität Witten/Herdecke; 3 Klinik und Poliklinik für Psychosomatik und Psychotherapie, Uniklinik Köln; 4 GFO Kliniken Bonn, St. Marien-Hospital; 5 Schwerpunkt Allgemeinmedizin an der Universität zu Köln; 6 IMVR, Universität zu Köln; 7 Seniorprofessur für Versorgungsforschung, Universität Witten/Herdecke

Kontakt: [verena.leve@med.uni-duesseldorf.de](mailto:verena.leve@med.uni-duesseldorf.de)