Arzt-Sein ist Kommunikation

Unter diese Schlagzeile hatte die Arbeitsgemeinschaft Psychosomatik der DGOU ihre Sitzung während des DKOU am 25.10.2023 gestellt. Nachfolgend die wichtigsten Erkenntnisse, die auch für andere Bereiche unseres gemeinsamen Faches gelten.

Prof. Michael Winking, Neurochirurg aus Osnabrück, zeigte, wie wichtig die Arzt-Patienten Kommunikation in einer Zeit zunehmender Ambulantisierung der Medizin und einer drastischen Abnahme der Liegezeiten in den Kliniken ist. 70-80 % aller korrekten Diagnosen werden allein durch die Anamnese und die klinische Untersuchung gestellt, während laborchemische oder bildgebende Zusatzuntersuchungen zur Diagnosesicherung zu weniger als 10% beitrugen. Die Arztzeit für den Patienten verkürzt sich jedoch immer mehr. Vor 40 Jahren verweilte der Patient präoperativ vor einer Wirbelsäulen-OP durchschnittlich 7 Tage stationär, während er heute oft am OP-Tag aufgenommen wird. Laut Untersuchungen verbringen Ärzte im Schnitt fast die Hälfte ihrer Arbeitszeit mit Administration und Dokumentation.

Interessante Statistiken zeigen: Während die Dauer einer ärztlichen Untersuchung in Schweden durchschnittlich 22 Minuten betrug, waren es in Deutschland 7,5 Minuten. Dafür gibt es in Schweden nur 2,6 Arztkontakte pro Jahr, bei uns waren es in dieser Statistik nahezu 10.

Welche Konsequenzen ergeben sich durch die weitere Ambulantisierung:

- die ärztliche Tätigkeit wird weiter ökonomisiert
- die Arzt-Patienten-Kontaktzeit wird immer kürzer
- die postoperative Versorgung durch den Operateur reduziert sich immer mehr
- „Diversifikation“ der Versorgung durch verschiedene Ärzte
- Verschiebung der Verantwortlichkeiten

Und wie soll darauf reagiert werden?
Kompetenzen und Einschätzungen der Ärzte sind vom Patienten weiterhin gefragt und er braucht Wissen und Information des Arztes. Es geht um Vertrauensbildung und Compliance. Eine schlechte Arzt- Patienten-Beziehung führt zu Non-Compliance: Ohne Vertrauen zum Arzt hält sich der Patient nicht an die Therapieregeln. Aber es geht auch um die Aus- und Weiterbildung: „Wenn sich sowohl die stationären als auch die ambulanten Strukturen im Gesundheitswesen ändern, müssen auch die Strukturen der Weiterbildung angepasst werden.“ (Mira Faßbach vom BJÄ im Deutschen Ärzteblatt 01/2023.)

„Depression und Angststörungen als Einflussfaktoren bei orthopädischen Operationen“ war der Titel des zweiten Vortrages. Dr. Nele Rasmussen aus Hamburg referierte über diverse Studien, die zeigten, dass Patienten mit diesen Komorbiditäten ein bis zu 2-fach höheres Risiko für Infektionen, Revisionen und Re-Operationen aufwiesen und über deutlich geringere Zufriedenheitswerte nach 2 Jahren berichteten. In einer retrospektiven Studie aus der Mayo-Klinik von 21.500 Knie- und Hüft-Endoprothesen-Operationen bestanden bei 33% der Patienten präoperativ Depressionen und Angststörungen.

Laut RKI leiden 5% der Bevölkerung in Deutschland aktuell an einer Depression, die Lebenszeitpräferenz beträgt 20%, 6 Millionen Menschen in Deutschland sind in den letzten 12 Monaten an einer Depression erkrankt. Mindestens 10% der Konsultationen in der Allgemeinmedizin erfolgen wegen einer Depression.

Aktuelle S3-Leitlinien für Knie-Endoprothesen und Hüft-Endoprothesen bei Coxarthrose fordern, die psychische Komorbidität zu berücksichtigen. In einer Checkliste „modifizierbare Risikofaktoren“ wird eine fachspezifische Abklärung bei einem Verdacht auf eine psychische Beeinträchtigung empfohlen. Auch die S2-Leitlinie zur Versorgung bei Bandscheibenvorfällen mit radikulärer Symptomatik weist auf Depression und schmerzbezogenes Coping als bedeutende Parameter für ein langfristig negatives Outcome einer Wirbelsäulenoperation hin. Eine kognitiv-behaviorale multidisziplinäre Behandlung bei Patienten mit chronischen Rückenschmerzen nach mehreren Bandscheibenoperationen führte zu vergleichbaren Effekten wie eine lumbale Fusion.

Fazit: Depression und Angststörungen müssen in der Aufklärung als Risikofaktor benannt werden.

„Jeder Patient ist anders: das Arzt-Patienten-Gespräch“ hatte Prof. Marcus Schiltenwolf aus der Universitätsklinik Heidelberg seinen Vortrag überschrieben. Er begann mit einem Verweis auf Watzlawik: „Man kann nicht nicht-kommunizieren“. Die Arzt-Patient-Beziehung reaktiviert frühere Beziehungserfahrungen. Kommunikation kann komplementär oder symmetrisch sein. Sie enthält verbale und nonverbale Anteile und es ist mehr erforderlich als „gesunder Menschenverstand“.
Ziele der Gesprächsführung sind: Eigenverantwortung und Selbstwirksamkeit des Patienten stärken, seine Bedürfnisse wahrnehmen, Ängste und Stärken erkennen und ihn motivational beraten. Nocebo und Medikalisierung sollten vermieden werden.

Die Techniken hierzu sind: die Anamneseerhebung frühzeitig bio-psycho-sozial erweitern, positive Diagnosestellung statt Negativbefunde, den Patienten einbinden, Empathie und Zuversicht vermitteln ohne falsche Hoffnungen zu wecken, den Erwartungsdruck senken und gegebenenfalls eine diagnostische Rest-Unsicherheit aushalten.

Unter dem Titel „Alles nur gesagt?“ war das Thema „Sicherheit durch Kommunikation“ das Anliegen von Dr. Katja Gebhardt aus Schweinfurt. „Patienten-Sicherheit ist ein Zustand, in dem unerwünschte Ereignisse selten auftreten“ (Weißbuch Patientensicherheit des Aktionsbündnisses Patientensicherheit e.V. - APS). Aus Patienten-Sicht gehört auch das „Sicher-Sein“ dazu: Geborgenheit, Vertrauen, Transparenz, Sicherheit vor Übergriffen und Ausnutzung.
Laut Schätzung der WHO 2021 beruhen 5-10% der stationären Krankenbehandlungen auf einem unerwünschten Ereignis und die Mortalitätsrate aller stationären Behandlungsfälle durch vermeidbare unerwünschte Ereignisse (VUE) wird auf 0,1% geschätzt (APS 2022). Studien zeigen, dass zwischen 25 und 80% aller VUE der Kommunikation geschuldet sind.

Sie stellte die Polyvagal-Theorie nach S. Porges vor und erklärte die „Stressachsen“ sowie anatomische und funktionale Systeme von ZNS und autonomem Nervensystem.
Nach dieser Theorie bestehen 3 Stufen neuronaler Kontrolle:

- die oberste Stufe beruht auf sozialer Kompetenz, zeigt sich ent-stressend und regulierend (Vagus-Funktion) in körperlicher Zuwendung: Mimik, Sprache, Hören etc.
- in der darunterliegenden Stufe aktiviert das Defensivsystem den Sympathikus und führt zu Flucht oder Kampf.
- Die basale Stufe ist die Erstarrung, „totstellen“, und sie beruht auf einem überaktiven N.Vagus.

Daraus folgen Empfehlungen, um zusätzlichen Stress durch Kommunikation zu vermeiden bzw. zu regulieren. Zum einen geht es um Selbstregulation des Arztes: „Wie bin ich präsent?“, zum anderen: Wie scheint der Patient gerade reguliert? Sozial kompetent, Sympathikus-aktiviert oder erstarrt?

Wie kann Sicherheit in der Kommunikation geschaffen werden? Die wesentlichen Punkte sind:

- soziale Kompetenz des Arztes: präsent sein, zugewandt und wertschätzend; Beachtung von nonverbaler Kommunikation in Körpersprache, Stimme und der Art des Sprechens; Pausen machen, Wesentliches wiederholen.
- Den Inhalt betreffend: ent-katastrophisieren; Modelle schaffen, mit denen der Patient arbeiten kann, ihm rückversichern, dass seine Probleme verstanden wurden. Alternativen aufzeigen.
- Bewusstsein für die Situation, in der die Kommunikation stattfindet: Räumlichkeiten, Ambiente, Lautstärke, Nebengeräusche.
- Körperliche Aspekte: Interventionen/Berührungen ansagen – Vorhersehbarkeit reduziert Angst; Entspannungstechniken: Sicherheit im Körper wahrnehmen, Mut zur Bewegung: Eigenstimulation der Propriozeption; auch Singen! – der N. Vagus versorgt sensomotorisch Kehlkopf- und Rachenmuskulatur.

Was sollte man besser nicht tun?

- Unrealistische Therapievorschläge bergen die Gefahr negativer Emotionen
- Katastrophisierendes (eventuell auch unbewusst) einsetzen, z.B. „Ihre Wirbelsäule ist kaputt“, „wenn sie sich nicht operieren lassen, landen Sie im Rollstuhl“ oder „mit dem Schmerz müssen Sie leben“.

Fazit: Sicheres Gelingen der Kommunikation bedeutet neben der bloßen Information auch Verantwortung für die Interaktion. Störungen können zu Unsicherheitsgefühl führen und die Informationsweitergabe beeinflussen. Gelingende Interaktion trägt zur sicheren Kommunikation bei – und damit zu Adhärenz, Therapieerfolg und Patientensicherheit.

Die Veranstaltung zeigt erneut, wie wichtig die psychosomatische Kompetenz für Ärzte in somatischen Fächern ist und unterstreicht die Notwendigkeit psychiatrischer und ärztlich-psychosomatischer-Liäson-Dienste.

Wolfgang Bartels, Düren, Leiter der AG Psychosomatik der DGOU
Christa Bartels, Düren, AG Psychosomatik der DGOU

Erstveröffentlichung in "Ärztliche Psychotherapie" 1-24: https://www.klett-cotta.de/psychologie-und-psychotherapie/zeitschriften/aerztliche-psychotherapie-c-94