

Informationen vermitteln – erfolgreich kommunizieren

Wolf Langewitz

Psychosomatik – Innere Medizin

USB

Gliederung

- Was sollte der informierte Patient wissen?
- Was will der informierte Patient wissen? Und:
Was wollen Ärzte einem Patienten an
Informationen mitgeben?
- Wie viele einzelne Informationen können wir
behalten und wie viele können wir abwägen?
- Tips und Tricks und Not-to-Do's
- Ein Beispiel

Der informierte Patient

Patienteninformationen zu medizinischen Themen sollen insbesondere Patienten in die Lage versetzen, **eine Krankheit** beziehungsweise deren Symptome **zu verstehen** und einzuordnen. Sie sollen **über Nutzen, Risiken und Nebenwirkungen informieren**, aber auch **vor nutzlosen, überflüssigen und schädlichen Maßnahmen warnen**.

Der „**informierte Patient**“ ist das **Ziel**, das die Deutsche Krebshilfe in der Absicht unterstützt, **dem Arzt als Partner zu begegnen** und **ihm präzise Fragen stellen zu können**. Die [...] Serie kostenloser Broschüren über Krankheiten, Diagnose und Heilungschancen wurde Anfang 2011 durch ein erstes "Krebs-Wörterbuch" ergänzt. Darin werden medizinische Fachbegriffe erläutert.

Gemeinsam Entscheidungen finden – Welche Formen gibt es?

- Einverständnis (informed consent)
 - Einfaches Einverständnis: *Ein* Eingriff wird erklärt; Patient stimmt zu oder lehnt ab
 - Komplexes Einverständnis: Eingriff *und Alternativen* werden *komplex* erklärt (Nutzen, Ziel, Risiken); Patient stimmt zu oder lehnt ab
- Gemeinsame Entscheidungsfindung (Shared Decision Making): Patient ist informiert, plus Identifikation von Patientenwerten, Abgleich mit Fachperson-Präferenzen

Informed Consent und Shared Decision Making

- Gemeinsamkeiten:
 - Zentrales Element in beiden Grundformen ist die Information des Patienten – er muss wissen, auf was er sich einlässt **plus**
 - Die Forderung, nicht über den Kopf des (wachen und kompetenten) Patienten hinweg zu entscheiden – Wider den Paternalismus

Informed Consent und Shared Decision Making

- Unterschiede:
 - Der Patient wird v.a. über medizinische Fakten zum Eingriff und den Alternativen informiert **versus**
 - Die Fachperson versucht aktiv, die Wertvorstellungen/Präferenzen des Patienten zu identifizieren und in den gemeinsamen Entscheidungsprozess einzubeziehen

Jedes Gespräch über das weitere Vorgehen schliesst das Vermitteln von Informationen ein

- Damit ist Wissensvermittlung ein zentrales Element von Fachgesprächen im Gesundheitswesen
- Es ist ein Element, das von Fachpersonen praktisch nie (<1 aus 50 Critical Incidents) spontan genannt wird – sie haben damit kein Problem
- Es kommt in vielen Kommunikationsschulungen nicht vor, meist wird mehr Wert auf Umgang mit Emotion gelegt
- Es ist ein Element, das von Patienten am häufigsten genannt wird, wenn sie Defizite im Spital beschreiben

Auch ein zentrales Anliegen von Patienten im Spital

- Sehr wichtig ist mir (0-100):
 - Information, Erklärungen (Operation, Medikamente, Untersuchungen etc.): 91%
 - medizinische Versorgung durch ÄrztInnen: 87%
 - emotionale Unterstützung durch Ärzte und Pflegende, pflegerische Versorgung: 75 - 80%
 - Zusammenarbeit der Berufsgruppen: 76%
 - Mitentscheidung bei der Behandlung: 66%

Gliederung

- Was sollte der informierte Patient wissen?
- Was will der informierte Patient wissen? Und:
Was wollen Ärzte einem Patienten an
Informationen mitgeben?
- Wie viele einzelne Informationen können wir
behalten und wie viele können wir abwägen?
- Tips und Tricks und Not-to-Do's
- Ein Beispiel

Entlassungsgespräch auf der Notfallstation - ein Patient mit nicht-kardialen Brustschmerzen

- In einem Delphi-Verfahren einigen sich Ärzte darauf, dass man diesem Patienten 34 Informationen mitteilen sollte, wenn er von der NFS entlassen wird
- Sie schätzen den Zeitbedarf für ein solches Unterfangen auf ca. 45 Minuten
- Sie wissen, dass das völlig unrealistisch ist, denn im Alltag einer NFS bleiben für ein Entlassungsgespräch max. 5-10 Minuten
- Aber: sie finden, es sei wichtig, dass der Patient diese Informationen erhält

Vielleicht sehen die Patienten das ja anders?

- Also fragen wir Patienten, die mit Herzbeschwerden auf der Notfallstation aufgenommen wurden [und die erlebt haben, dass es dort ziemlich hektisch zugehen kann]
 - «Hier haben Sie eine Liste von 34 Informationen, die man einem Patientin mitteilen könnte, wenn er mit Ihren Beschwerden von der NFS entlassen wird.
 - Könnten Sie bitte ankreuzen, welche Informationen Ihrer Meinung nach wichtig sind?»

Table 1. InFARct Categories, respective 34 Items, and Item Endorsement by Physicians (Study 1) and Patients (Study 2).

Category	Item	Percent Endorsed	
		Physicians (N = 47)	Patients (N = 51)
Information on diagnosis (7 items)	Inform the patient that he is ready to go home	89	96
	Reassure the patient (“you were right to come to the Emergency Department”)	72	73
	Explaining that blood, heart, and lungs were thoroughly examined	57	100
	State the presumptive diagnosis	83	98
	Broad statement: “All the investigations exclude a diagnosis of myocardial infarction at this time”	79	94
	Explain the significance of the presumptive diagnosis	66	96
	Explain the association of symptoms with the suspected diagnosis	62	96
Follow-up suggestions (9 items)	State why further investigation is necessary	94	92
	State what the planned investigations are	89	75
	State when the investigations will be carried out	77	88
	State where the investigations will be done	74	82
	Describe necessary precautions for the test (no coffee, no tea)	64	88
	Explain that an information sheet with details of the pre-test preparation will be sent by post	57	65
	Explain that detailed information on the time and location of the test will be sent by post	68	78
	Advise the patient to contact his family physician should he have further questions	79	65
Encourage the patient to make an appointment with his family physician to obtain more information	68	50	
Advice on self-care (4 items)	Address risk factors	53	94
	Address the need to stop smoking	83	48
	Address current avoidance of physical stress	81	78
	Recommend that the patient resumes normal daily activities	53	90
Red flags (6 items)	Stress that the patient should present immediately to the ED in case of chest pain radiating into arms/jaws	83	94
	Stress that the patient should present immediately to the ED if the symptoms last longer than 10 minutes	81	86
	Stress that the patient should present immediately to the ED if he is dyspnoeic	68	92
	Stress that the patient should present immediately to the ED if he experiences chest pain not responding to nitroglycerine	96	88
	Explain that the ED is open 24/7 (“you may come back any time”)	68	63
	Reassert the importance of presenting immediately to the ED in case of any complaints or symptoms, even at night	57	53
Complete treatment (medication); (8 items)	Explain that treatment has to start immediately	55	90
	Explain why treatment has to start immediately	70	86
	State the names of the new medications (ASS, beta blocker, nitroglycerine spray)	96	76
	Give the ASS dose and explain when it should be taken	66	84
	Give the beta blocker dose and explain when it should be taken	64	88
	Describe the side effects of beta blockers	53	85
	Give the nitroglycerine dose and explain when it should be taken	81	86
Describe the side effects of nitroglycerine	62	89	

Nur der letzte Teil der Liste....

	A	Pat
Erklären, dass die Behandlung sofort beginnen muss	55	90
Erklären, warum das so ist	76	86
Namen der neuen Medikamente nennen (ASS, Beta- Blocker, Nitroglyzerine-Spray)	96	76
ASS abgeben und erklären, wann es zu nehmen ist	66	84
Beta-Blocker abgeben und erklären, wann es zu nehmen ist	64	88
Nebenwirkungen der Beta-Blocker erklären	53	85
Nitroglyzerin abgeben und erklären, wann man es nehmen soll	81	86
Nebenwirkungen von Nitroglyzerin erklären	62	89

Gliederung

- Was sollte der informierte Patient wissen?
- Was will der informierte Patient wissen? Und:
Was wollen Ärzte einem Patienten an
Informationen mitgeben?
- Wie viele einzelne Informationen können wir
behalten und wie viele können wir abwägen?
- Tips und Tricks und Not-to-Do's
- Ein Beispiel

Behalten: Zusammenfassung der Literatur

- Wenn man jemandem NEUE Informationen präsentiert, kann er im Schnitt 7 ± 2 Informationen behalten
- Wenn man verschiedene Kanäle zur Informationsvermittlung nutzt (mündlich/schriftlich/Video/Internet), gewinnt man ca. 20 Prozent dazu, allerdings mit nach oben flacher werdender Kurve (also 9 anstatt 7, aber nur noch 14 anstatt 13, etc.)
- Was behalten wird und was vergessen geht, ist nicht rational begründet, es folgt unbekanntem Schemata

Abwägen: Zusammenfassung der Literatur

- Cognitive Load Theory* sagt:
 - Nur 2-4 neue Informationen passen gleichzeitig in den Arbeitsspeicher, sie können bei Entscheidungen berücksichtigt werden
 - Wenn sie nicht aufgefrischt werden, werden sie nach 20 Sekunden gelöscht
 - Wenn die Anzahl an Einzel-Informationen ~ 4 überschreitet, werden Entscheidungen mehr intuitiv als rational gefällt**

*Van Merriënboer & Sweller; Medical Education 2010; 44: 85–93

**Eraut M., 2000; Lykke et al.; 2008; Dreyfus & Dreyfus, Oxford 1986; Barnacle R, 2006, Barnaby et al.; 2006

Das Problem: wir sagen nicht nichts, sondern ausgesprochen viel

- Pro Visite auf der Inneren Medizin innerhalb von 8.5 Minuten pro Patient 20 Informationen
- Pro Visite auf der Chirurgie innerhalb von 7.5 Minuten 22 Informationen
- Pro Prämedikationsgespräch in der Anästhesie innerhalb von 16.1 Minuten 58 Informationen

Wie ist dann gemeinsame Entscheidungsfindung überhaupt möglich?
Es hängt davon ab, welche Art der Entscheidungsfindung wichtig ist

- A: Information liefert Argumente, die ich z.B. nach dem Arztbesuch meiner Ehefrau **einzeln** referieren kann als Antwort auf: «Na, was hat er gesagt?»
- B: Information erzeugt in mir eine gewisse Vorstellung, die ich z.B. mit: «Ich glaub', es kommt gut und er weiss, was er tut» wiedergeben kann.

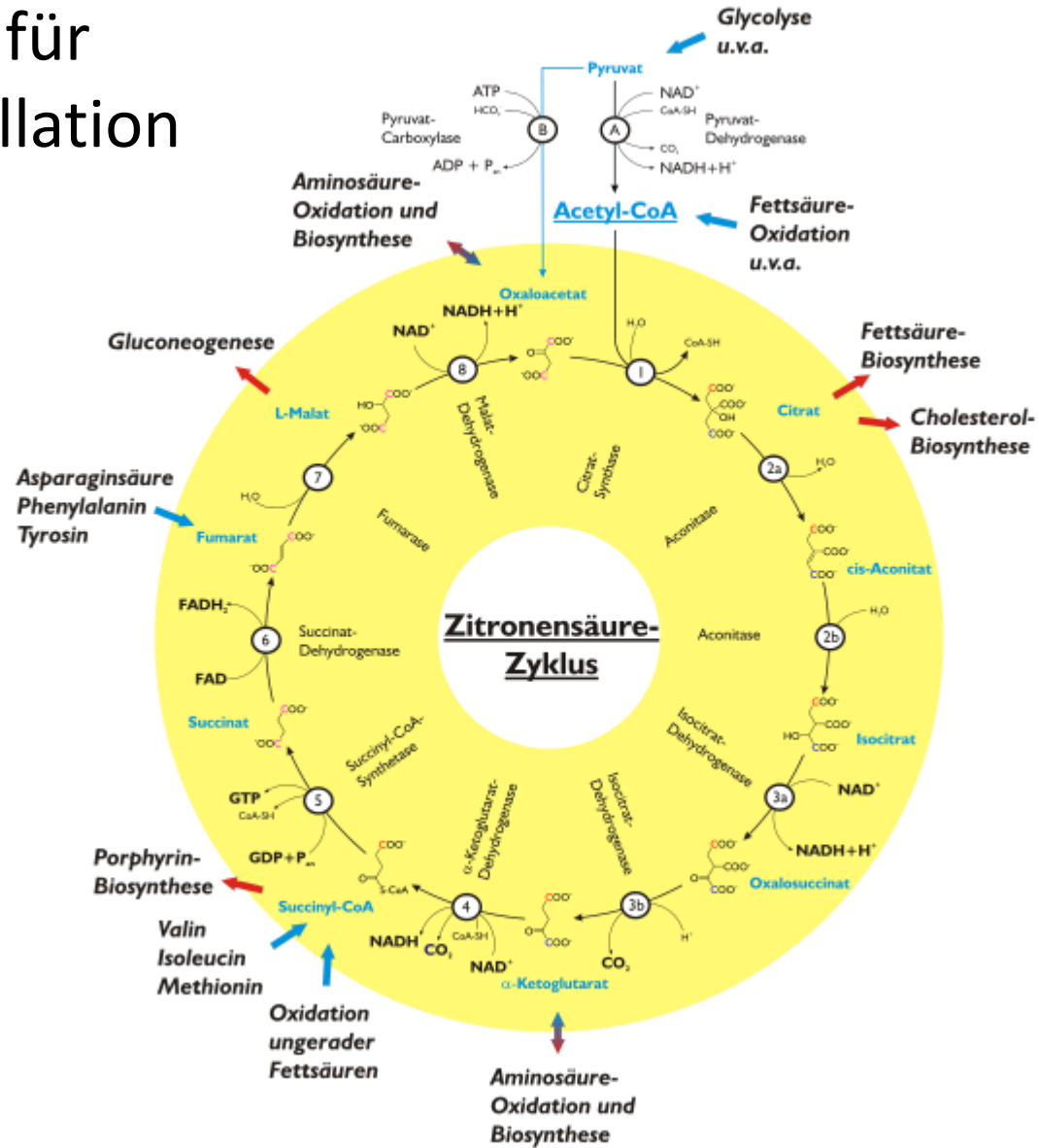
Cognitive Continuum Theory

- Rationale Analyse und Intuition sind die Extreme eines Kontinuums, zwischen denen sich Entscheidungsprozesse bewegen
- Intuition ist schnell, aus dem Unterbewussten, nicht kontrolliert; rationale Analyse ist langsam, ein bewusster Prozess und kontrolliert
- Mit zunehmender Expertise verschiebt sich das Denken in Richtung Intuition

Neue Phänomenologie beschreibt zwei zentrale Kategorien, in denen wir leben

- Konstellationen: Beliebige komplexe Netze, die aus *einzelnen* Elementen geknüpft sind (z.B. der Zitronensäure-Zyklus)
- Situationen: Chaotisch mannigfaltige Vielfalt, die im Einzelnen nie expliziert werden kann (z.B. meine Muttersprache)

Ein Beispiel für eine Konstellation



Ein Beispiel für Situation: die eigene Muttersprache

- Ich bewege mich frei in einem Sprachraum, dessen einzelne Elemente ich bei noch so grosser Anstrengung nie einzeln werde aufzählen können.
- Geschweige denn, dass ich wüsste, welche Regel(n) ich gerade anwende, während ich diesen Satz schreibe
- Ganz anders eine neu erworbene Sprache, in die ich mich Schritt für Schritt z.B. über Verbtabelle hineintasten muss

A: Entscheidungen fallen mit Hilfe einzelner, im Gedächtnis gespeicherter Informationen*

- Dann haben wir das Problem, dass der Speicher für *einzelne Informationen* klein und nur begrenzt zu verbessern ist.
- Allerdings behalten wir mehr, wenn wir schon Vorwissen haben, z.B. von einer Krankheit oder von ihrer Behandlung
 - Gute Schachspieler, die Figuren aus einer realen Partie für 5 Sekunden sehen, können 93% der Figuren korrekt rekonstruieren
 - Wenn die Figuren zufällig aufgebaut werden, sind sie nicht viel besser als andere Menschen

* Konstellationen oder rationale Entscheidungen

Fortsetzung A-Theorie (auf die einzelnen Informationen kommt es an)

- Forderungen nach vollständiger Information sind dann sinnlos, weil sie überwiegend ungenutzt in den Orkus des Vergessens fallen:
 - Nur 7 der 34 Informationen, die Patienten für so überaus wichtig hielten und die Ärzte ihnen unbedingt geben wollten, wären überhaupt bei ihnen angekommen!
- Spitalpatienten beschwerten sich, dass sie nicht richtig informiert werden, dabei erhalten sie 20 Informationen pro Tag....

Konsequenz der A-Theorie

- Patienteninformation, so wie es der Gesetzgeber fordert und wie sie Patienten wünschen (vollständig!), ist sinnlos
- Allerdings nur, wenn wir glauben, dass Menschen kluge Entscheide im Sinne eines Abwägens von *einzelnen* Argumenten fällen, die für oder gegen einen Eingriff sprechen

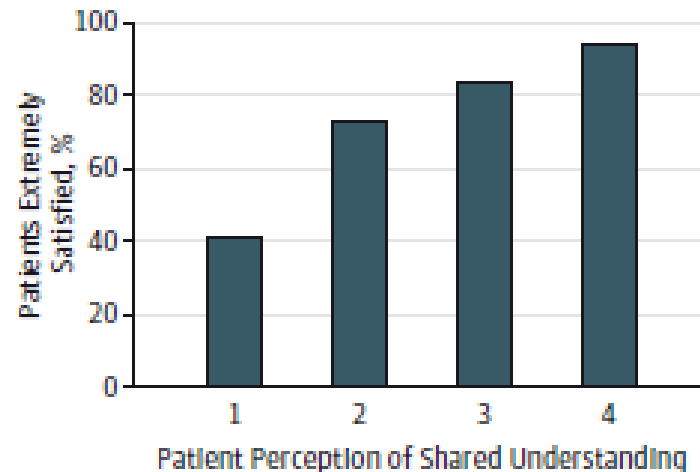
B-Theorie: Es kommt nicht auf die einzelnen Argumente an, sondern auf *die Essenz* eines Gespräches

- Dies ist dann sinnvoll, wenn Menschen aus vielen Einzelheiten (einer Konstellation) einen Gesamteindruck (eine Situation) entwickeln, in dem die Vielzahl von einzelnen Informationen 'ins chaotisch Mannigfaltige' einsinkt
- Auf der Basis von Situationen lassen sich (manchmal) intuitiv kluge Entscheidungen treffen

Das ist vielleicht der Grund für folgendes Studienergebnis

- Der Patient kann im Einzelnen nicht wiedergeben, was man ihm gesagt hat. Aber er fühlt sich gut informiert

Figure. Association of Patients' Perception of Shared Understanding With Percentage of Patients Extremely Satisfied With Their Care



$P < .001$ for the trend. A score of 1 indicates a patient perception of poor shared understanding; 2, fair understanding; 3, good understanding; and 4 or 5, excellent understanding.

Gliederung

- Was sollte der informierte Patient wissen?
- Was will der informierte Patient wissen? Und:
Was wollen Ärzte einem Patienten an
Informationen mitgeben?
- Wie viele einzelne Informationen können wir
behalten und wie viele können wir abwägen?
- Tips und Tricks und Not-to-Do's
- Ein Beispiel

TRICK 1: **relevante** Informationen finden

- Wenn es darauf ankommt, dass Patienten EINZELNE Informationen behalten, haben wir maximal 7 Informationen frei
- Um die Informationen zu finden, die 'sitzen müssen', hilft folgender Such-Algorithmus:

«Welches Wissensdefizit bringt den Patienten um?»

[...bis zum nächsten Kontakt mit dem Gesundheitssystem!]

Not-to-Do 1: Informationen mit dem Vollständigkeits-Algorithmus finden

- Er lautet: «Es wäre gut, wenn der Patient weiss, dass...»
- Dann kommen wir auf 34 Informationen (Ackermann S et al.; Health Psychol 2015)
- Das entspricht zwar der Forderung nach umfassender Information, aber es führt dazu, dass nicht Überlebens-relevante Informationen auf Kosten von red flags gespeichert werden

TRICK 2: Informationen strukturieren

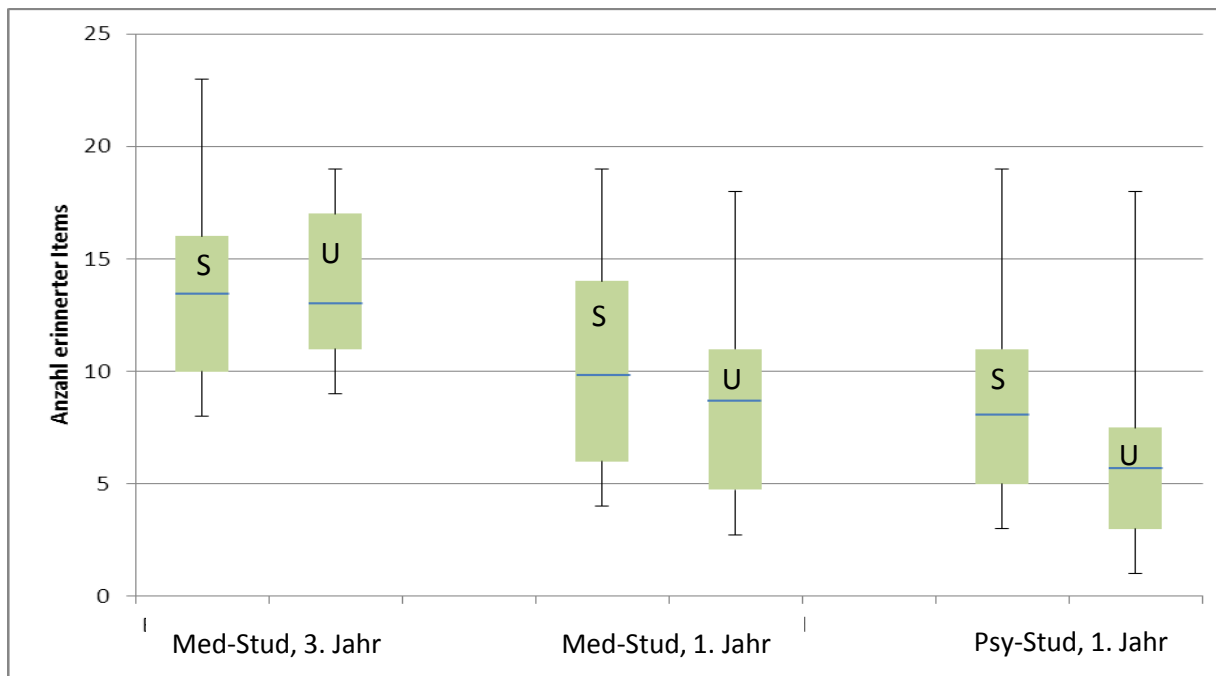
- Bücher präsentieren ihren Inhalt in einer bestimmten Struktur
 - Titel/Thema, Inhaltsverzeichnis, Kapitelüberschriften, Text, Anhang
- Mündliche Vermittlung von Informationen kann diese Struktur imitieren
- Im Sinne der Buchmetapher* präsentierte Information wird besser behalten: 8.14 anstatt 5.81 Informationen (von 28)

Not-to-Do 2: Zwar in einer bestimmten Reihenfolge informieren, aber die Gliederung **nicht explizit** mitzuteilen

- Wenn Fachpersonen einer Ärztin beim Aufklärungsgespräch zuhören, verstehen sie sofort, welche Schritte sie abarbeitet
 - Das Gespräch wirkt auf uns strukturiert!
- Ein Laie entdeckt die inhärente Struktur wahrscheinlich nicht, für ihn präsentiert sich die Abfolge von Informationen chaotisch

TRICK 3: Vorwissen identifizieren

- Je mehr jemand bereits weiss, desto mehr kann er behalten (bis zu 13.8/28 Informationen)



TRICK 4: Beim Sprechen Blickkontakt halten

- Informieren ist wie Velo-Fahren im Windschatten:
- Wer vorne fährt, muss darauf achten, dass der Hintermann nicht abreisst
- Wer informiert, ohne zu schauen, ob der Patient noch folgen kann, verliert ihn
- Also: Informieren – abwarten, bis der Patient ‘quittiert’ (Nicken, «ok», etc.), nächste Information

TRICK 5 und Not-To-Do 3: Closing the loop

- Meine Lieblingsfrage: «Wenn Sie gleich Ihrer Frau erzählen, was wir heute besprochen haben, was würden Sie ihr sagen?»
- Blaming myself: «Das ist gar nicht so einfach zu erklären. Darum werde ich Sie immer mal wieder fragen, was bei Ihnen angekommen ist. Wenn das nicht stimmt, muss ich versuchen, es besser zu erklären.»
- Do-Not 3: «Na? Was haben Sie jetzt behalten?»

Gliederung

- Was sollte der informierte Patient wissen?
- Was will der informierte Patient wissen? Und:
Was wollen Ärzte einem Patienten an
Informationen mitgeben?
- Wie viele einzelne Informationen können wir
behalten und wie viele können wir abwägen?
- Tips und Tricks und Not-to-Do's
- Ein Beispiel

Zum Schluss ein Beispiel zur Buchmetapher

- **Buchtitel:** «Ich würde gerne heute mit Ihnen über **die Untersuchung morgen sprechen: die Magenspiegelung.**»
- Inhaltsverzeichnis: «Dabei gibt es 4 Bereiche, die ich gerne ansprechen würde: **Warum wollen wir das machen, wie machen wir das, was kann dabei passieren und wie geht es hinterher weiter.**»
- Kapitelüberschriften werden wiederholt: „**Erst mal zur Frage Warum wollen wir das machen.** Sie haben ja ...»
- Text: Zusammenfassen der Vorbefunde!

Die Grenze zwischen den einzelnen Elementen wird durch Absenken der Stimme und anschließende Pause verdeutlicht!