

Sprache
vermitteln
Mimik
Kommunikation
Erfahrung
Gestik
Haltung
Gesprächstechniken
Empathie
Beziehung
Atmosphäre
Austausch
Wahrnehmung
Informationen
wechselseitig
direkt
indirekt
Wissen
Interaktion

Kommunikation im medizinischen Alltag

Ein Leitfaden für die Praxis

Kommunikation im medizinischen Alltag

Ein Leitfaden für die Praxis



Die Broschüre steht auf der Website der Ärztekammer Nordrhein
zum kostenlosen Download zur Verfügung:

www.aekno.de/leitfaden-kommunikation

Die Medizinische Fakultät der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf hat Beispielvideos (Good-practice-Videos) zu Gesprächssituationen erstellt, die bestimmte im Leitfaden beschriebene Kommunikationsthemen verdeutlichen und illustrieren.

Die Ärztekammer Nordrhein bedankt sich für die Bereitstellung und Nutzung der Videos für den Leitfaden „Kommunikation im medizinischen Alltag“ und die Verwendung auf der Webseite der Ärztekammer Nordrhein.

Mit freundlicher Genehmigung der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften,
in überarbeiteter Form herausgegeben von der Ärztekammer Nordrhein.

Inhaltsübersicht

Vorworte	5
1. Grundlagen der Kommunikation	9
1.1. Theorien und Modelle	11
1.2. Ziele der Kommunikation	13
1.3. Wahrnehmung und Gestaltung der kommunikativen Situation	15
1.4. Non- und paraverbale Kommunikation	18
1.5. Wechselseitiger Kontakt über das gemeinsame Spüren einer Atmosphäre im Gespräch	21
1.6. Gespräche in Zeiten der Tele-Medizin	22
1.7. Dokumentation des Gesprächs	24
1.8. Haltung und Technik – professionelle Identität	24
2. Gesprächstechniken	27
2.1. Festlegen von Zeitgrenzen und Themen	28
2.2. WWSZ-Techniken	28
2.3. Umgang mit Emotionen – das NURSE-Modell	31
2.4. Vermitteln von Informationen	32
2.5. Umgang mit divergierenden Konzepten	35
2.6. Gemeinsame Entscheidungsfindung	37
3. Heranführen an spezifische Gesprächssituationen	43
3.1. Erstgespräch	44
3.2. Anamneseerhebung	45
3.3. Arzneimittel-Anamnese	48
3.4. Schlechte Nachrichten überbringen	49
3.5. Ansprechen heikler Themen: Reanimation	52
3.6. Ansprechen heikler Themen: Sprechen über Tod und Sterben	57
3.7. Ansprechen heikler Themen: häusliche Gewalt	62
3.8. Ansprechen heikler Themen: Alkoholkonsum	65
3.9. Gespräch mit Angehörigen von kranken Kindern	70
3.10. Gespräch mit Angehörigen von Patientinnen und Patienten mit Demenzerkrankungen	74
3.11. Arbeiten mit Dolmetscherinnen und Dolmetschern	77

Herausgeber:
 Ärztekammer Nordrhein
 Tersteegenstr. 9
 40474 Düsseldorf

Redaktion der deutschen Ausgabe:
 Dr. med. Amin-Farid Aly
 Dr. med. Franziska Bäßler
 PD Dr. med. Klaus Bally
 Christa Bartels
 Katharina Eibl
 Dr. med. Götz Fabry
 Prof. Dr. med. Walter E. Haefeli
 Prof. Dr. med. Sabina Hunziker
 Dr. med. André Karger
 Prof. Dr. med. Claudia Kiessling
 Stefan Kleinstück
 Prof. em. Dr. med. Wolf Langewitz
 Dr. med. Andrea Thekla Petermann-Meyer
 Prof. Dr. med. Norbert Scherbaum
 Prof. Dr. med. Jürgen in der Schmitzen
 Dr. iur. Dirk Schulenburg
 Lic. phil. Kerstin Westhoff
 Prof. Dr. med. Stefan Wilm

Gestaltung: Tina Ennen, Köln

© Ärztekammer Nordrhein, 2025

Die Broschüre kann kostenlos bei der Ärztekammer Nordrhein bezogen oder im Internet unter www.aekno.de/leitfaden-kommunikation heruntergeladen werden.

3.12. Gespräch über Patientenverfügungen und Wiederbelebung – rechtliche Rahmenbedingungen	81
3.13. Gespräch über Behandlungsfehler	86
3.14. Gespräch zwischen den Berufsgruppen und unter Kolleginnen und Kollegen	89
3.15. Kommunikation unter Einbezug digitaler Medien – digitale Kommunikation	92
4. Aus- und Weiterbildung in Kommunikation	101
5. Anhang	108

Vorwort

Die gute Kommunikation zwischen Arzt und Patient bildet das Fundament jeder medizinischen Behandlung. Sie ist weit mehr als der bloße Austausch von Informationen – sie ist ein zentraler Bestandteil der Therapie selbst. Ein offenes, respektvolles und verständliches Gespräch kann Vertrauen schaffen, Ängste vor Krankheiten abbauen und die aktive Mitwirkung des Patienten an seiner Behandlung fördern. Gleichzeitig ermöglicht eine gelingende Kommunikation Ärzten Symptome besser zu verstehen, Diagnosen präziser zu stellen und Behandlungsentscheidungen gemeinsam mit ihren Patientinnen und Patienten zu treffen.



In einer Zeit, in der moderne Technologien, wirtschaftlicher Druck und administrative Anforderungen den ärztlichen Alltag zunehmend prägen, müssen wir dafür Sorge tragen, dass die zwischenmenschliche Ebene und das einfühlsame Gespräch nicht in den Hintergrund treten. Denn selbst die fortschrittlichste Medizin verfehlt ihre Wirkung, wenn sie den Patienten nicht erreicht. Eine klare, empathische und partnerschaftliche Kommunikation ist nicht nur Ausdruck ärztlicher Professionalität, sondern auch eine ethische Verpflichtung gegenüber dem Menschen hinter der Erkrankung.

Ein gutes Patientengespräch will vorbereitet, strukturiert und gerade auch in herausfordernden Entscheidungssituationen professionell geführt sein. Es gibt Kolleginnen und Kollegen, die aufgrund einer natürlichen Gabe und ihrer ärztlichen Grundhaltung diesen Kommunikationsansprüchen gerecht werden. Doch für die meisten von uns gilt es, die Regeln guter Kommunikation zu erlernen und sich deren Potenziale für die Patientenbehandlung immer wieder erneut bewusst zu machen – und das sollte systematisch in Ausbildung, Weiterbildung und Fortbildung geschehen.

Daher hatte der Vorstand unserer Ärztekammer Nordrhein bereits 2015 den Wunsch, diesen in der Schweiz entwickelten Praxisleitfaden für Deutschland zu adaptieren. Der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften danken wir herzlich für die großzügige Erlaubnis, den Text an die deutsche Rechtslage und an die stets neuen kommunikativen Anforderungen, die sich beispielsweise durch neue Therapien und Technologien ergeben, anzupassen.

Dr. med. Sven Dreyer,
Präsident der Ärztekammer Nordrhein

Vorwort der Redaktion

Wir übergeben Ihnen hier die zweite, gründlich überarbeitete und ergänzte Ausgabe der Richtlinien zur professionellen Kommunikation der Ärztekammer Nordrhein. Die erste Version orientierte sie sich an den Leitlinien der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW), jetzt ist die Zeit reif für eine Neugestaltung. Die zunehmende Bedeutung einer professionellen Kommunikation hat vor allem damit zu tun, dass die Präferenzen und Werte von Patientinnen und Patienten qua Gesetz in die gemeinsame Entscheidungsfindung einfließen müssen. Faktenbasierte Entscheidungen hängen wesentlich davon ab, ob Betroffene verstanden haben, zwischen welchen Alternativen sie wählen können. Um dieses Ziel zu erreichen, müssen Fachpersonen Fakten verständlich darstellen, sie müssen sich aktiv um die Vorstellungen der Betroffenen bemühen. Beides, das Vermitteln von medizinischen Fakten und das Aufnehmen von individuell bedeutsamen Aussagen, sind zentrale Elemente einer professionellen Kommunikation – anders gesagt: Verständliches Erklären und aufmerksames Zuhören sind gefragt.

Die Nachteile einer ungenügenden Kommunikation sind seit Langem belegt. Dazu gehören zum Beispiel eine erhöhte Wahrscheinlichkeit einer Fehldiagnose, ein gestörtes Vertrauensverhältnis, das Anfordern unnötiger Tests und eine mangelhafte Compliance. Auch die Erkenntnis, dass chronische Erkrankungen ohne Beteiligung der Betroffenen schlecht zu behandeln sind, ist nicht Neu. Neu ist aber, dass sich die Schulung in professioneller Kommunikation in besseren Behandlungsergebnissen niederschlägt: Für Betroffene mit verschiedenen Krankheitsbildern und für berufsgruppenübergreifende Interventionen sind positive Ergebnisse gut belegt.

Die wesentlichen Elemente einer professionellen Kommunikation sind bekannt, sie lassen sich in der Ausbildung, in der Weiter- und Fortbildung erfolgreich vermitteln.

Obwohl die professionelle Kommunikation die Belange von Betroffenen in den Mittelpunkt stellt, wird das Verhältnis zwischen Arzt/Ärztin und Patient/Patientin weiterhin insofern asymmetrisch bleiben, als fachliche Hilfe dann in Anspruch genommen wird, wenn die eigenen Bewältigungs- und Linderungsversuche nicht ausreichen. In dieser Situation sind viele Betroffene froh, wenn ihnen jemand, der mehr weiß als sie selbst, rät, was zu tun ist.

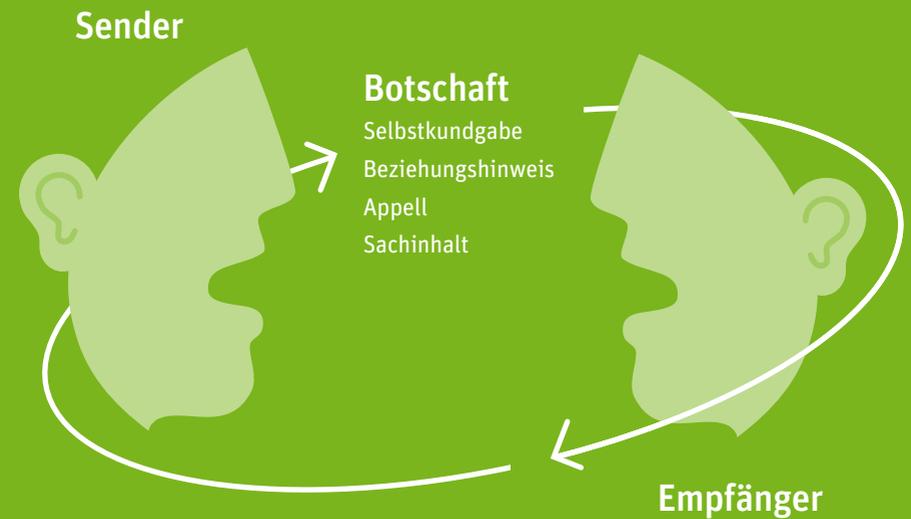
Eine wichtige und teilweise zwiespältige Entwicklung der letzten Jahre ist die vereinfachte Zugänglichkeit von medizinischen Informationen via Internet, sei es auf mehr oder weniger gut recherchierten Internetseiten oder in Internetforen für Betroffene. Viele Patientinnen und

Patienten informieren sich vor dem Besuch bei ihren Ärztinnen und Ärzten über Behandlungsmöglichkeiten, die Möglichkeit, Spezialisten und Spezialistinnen hinzuzuziehen, über Infektionsraten in den operativen Abteilungen von Krankenhäusern etc. Erfahrungen über Nebenwirkungen von Medikamenten – auch solche, die eher einem Nocebo-Effekt zuzuschreiben sind – werden unter Patientinnen und Patienten via Blogs ausgetauscht.

In den letzten Jahren ist im Bereich der professionellen Kommunikation viel erreicht worden, z.B. ist seit 2011 die Beurteilung professioneller Kommunikation im Schweizer Staatsexamen bindend vorgeschrieben, aber es sind auch neue Herausforderungen dazu gekommen: Die Kommerzialisierung der medizinischen Versorgung, die abnehmende stationäre Behandlungsdauer, die kaum noch Raum lässt für Reflexionen der Betroffenen, der Verlust der persönlichen Bindung an eine Fachperson durch Gruppenpraxen mit flexiblen Präsenzzeiten sind Beispiele für solche Herausforderungen. Sich ihnen zu stellen, erfordert eine kontinuierliche und sorgfältige Anpassung der professionellen Kommunikation. Wir hoffen, dass wir mit diesem Leitfaden Fachpersonen praxisnahe Anregungen liefern, ihre Gesprächsführung zu reflektieren und professionell gestalten zu können.

Prof. em. Dr. med. Wolf Langewitz, Basel
Präsident der Redaktionskommission

Dr. med. André Karger MME, Düsseldorf
Co-Vorsitzender der Redaktionskommission



Kapitel 1

Grundlagen der Kommunikation

1. Grundlagen der Kommunikation

Kommunikation ist allgegenwärtig. Da wir laufend miteinander kommunizieren, nehmen wir an, dass wir darüber ausreichend Bescheid wissen. Allerdings ist die Diskrepanz zwischen alltäglicher Erfahrung und Wissen gerade bei der Kommunikation besonders groß.

Es gibt drei verschiedene Formen von Kommunikation:

- **Face-to-Face-Kommunikation** als sprachliche und nichtsprachliche Kommunikation zwischen Anwesenden, die vielfältige Interpretation und unmittelbare Rückmeldung ermöglicht.
- **Schriftlich und medial vermittelte Kommunikation** zwischen Nichtanwesenden, die Zeit- und Raumgrenzen überwindet (Briefe, Telefon, E-Mails, Facebook usw.). Dabei kann es eine Antwortmöglichkeit geben, das breite nonverbale Spektrum einer Information fällt aber mehrheitlich weg.
- **Massenmediale und öffentliche Kommunikation** über Radio und Fernsehen, die in der Regel keine Antwort ermöglicht und an ein anonymes Publikum gerichtet ist.

Das Arzt-Patienten-Gespräch, wie wir es heute verstehen, ist Ergebnis einer sich seit dem 17. Jahrhundert bis ins 19. Jahrhundert erstreckenden Entwicklung der Arzt-Patienten-Beziehung. Es ist eine typische Face-to-Face-Kommunikation; dazu zählen auch Alltagsgespräche, sachbezogene Kurzgespräche, ein Gedankenaustausch oder ein Konfliktgespräch zwischen zwei Personen, Arbeitsgespräche, Diskussionen oder Auseinandersetzungen in einer Gruppe sowie Frage-Antwort-Sequenzen. Gerade in den vergangenen Jahren haben wir eine enorme Ausweitung im Einsatz v. a. internetbasierter Kommunikationsangebote für Patientinnen und Patienten erlebt. Ihr Vorteil ist, dass viele Menschen oder Betroffene mit im Prinzip gut recherchiertem Material in Kontakt kommen könnten. Potenziell von Nachteil ist es, wenn diese Form der ‚Ansprache‘ das persönliche Gespräch ersetzt.

Die **Face-to-Face-Kommunikation** unterliegt folgenden Bedingungen und Einflussfaktoren:

- **Personale Bedingungen** wie Temperament, Interesse, Motivation, Kompetenz in Kommunikationssituationen, physische Kommunikationsfähigkeit, Ängste und Einstellungen, Befindlichkeit und so weiter.
- **Situationsmerkmale** wie die Qualität der Beziehung, die gemeinsame Basis zwischen den Gesprächspartnerinnen und -partnern, der Kommunikationsanlass an sich beziehungsweise das Ziel des Gesprächs, aber auch räumliche Verhältnisse, Anwesenheit Dritter.

- **Kontextbedingungen** wie die Anregung und Unterstützung durch das Umfeld oder Werte und Normen der Gesellschaft.

Kommunikation entwickelt sich zur Interaktion, sobald das Gehörte, Gesehene oder Geschriebene interpretiert wird und Feedback möglich ist, wie etwa bei einem Gespräch zwischen Arzt/Ärztin und Patient/Patientin.

„Ich muss erst die Antwort hören, um zu wissen, was ich gesagt habe“,

hat Norbert Wiener (1894 bis 1964), Mathematiker und Begründer der Kybernetik, einst notiert. Interaktion beziehungsweise zwischenmenschliche Kommunikation kann niemals als einseitige, mechanische und stabile Informationsübertragung betrachtet werden, denn mit der Aufnahme von Informationen aus der Umwelt selektieren wir diese nach unseren eigenen Bedingungen und Werten und verarbeiten sie aktiv weiter, bevor und während wir darauf reagieren. Zwischenmenschliche Kommunikation ist also aktives Handeln – ob verbal oder nonverbal.

Literatur

Atzel A. et al. (Hrsg.): Praxiswelten. Deutsches Medizinhistorisches Museum, Ingolstadt 2013.

Nünning A., Zierold M.: Kommunikationskompetenzen. 4. Auflage. Klett, Stuttgart 2011.

Six U., Gleich U., Gimmler R. (Hrsg.): Kommunikationspsychologie. Beltz Psychologie Verlags Union, Weinheim 2007.

1.1. Theorien und Modelle

Es gibt verschiedene gängige Theorien zur Kommunikation, die aufzeigen können, wie sich zwischenmenschliche Kommunikationssituationen abspielen und wie sich die Individuen wechselseitig beteiligen.

Die Theorien lassen sich grob unterscheiden in solche, die Kommunikation als einen Prozess ansehen, bei dem zwischen A und B Material hin und her vermittelt wird, und solche, die Kommunikation als einen Prozess ansehen, der die einzelnen Protagonistinnen und Protagonisten in ein gemeinsames Geschehen einbindet, zu dem alle Beteiligten beitragen.

Die erste Kategorie gleicht einem Tennismatch: Die Interagierenden stehen sich wie Tennispielende auf beiden Seiten des Netzes gegenüber und spielen Bälle, bestehend aus verbalen

Äußerungen und nonverbalen Botschaften, hin und her. In der zweiten Kategorie geht es mehr um die Atmosphäre, die diese Interaktion verbreitet, ohne konkrete Zuschreibung zu einer Person – sie entspräche dem, was ‚in der Luft liegt‘, wenn man sich als Besucherin oder Besucher von Wimbledon dem Central Court nähert, ohne dass man genau weiß, wer gegen wen spielt.

Typischer Vertreter der ersten Kategorie ist der deutsche Kommunikationswissenschaftler Friedemann Schulz von Thun. Von ihm stammt das Zitat:

„Wir reden immer zugleich mit vier Zungen
und hören mit vier Ohren.“

Jede Nachricht hat demnach vier mögliche Bedeutungs- und Verstehensebenen:

- Selbstkundgabe (Was ich von mir selbst kundgebe),
- Beziehungshinweis (Was ich von dir halte und wie wir zueinanderstehen),
- Appell (Wozu ich dich veranlassen möchte) und
- Sachinhalt.

Typische Probleme in der Kommunikation entstehen dadurch, dass der Empfänger die Freiheit hat, die Botschaft auf einem Ohr seiner Wahl zu verstehen, was nicht immer der Intention des Senders entspricht. Missverständnisse ließen sich vermeiden, wenn nicht nur das Gesagte, sondern auch die eigene Intention dahinter deutlich würde.

Auf den österreichischen Kommunikationswissenschaftler Paul Watzlawick geht die Behauptung zurück, dass in jeder Form der Kommunikation ein Sachaspekt und ein Beziehungsaspekt miteinander verschränkt sind. Jede Kommunikation enthält nicht nur eine Information, sondern auch einen Hinweis, wie der Sender seine Botschaft verstanden haben will und wie er seine Beziehung zum Empfänger sieht, also eine Interpretation.

Diese Aussage ist eines seiner fünf Axiome zur Kommunikation:

1. Man kann nicht nicht kommunizieren.
2. Jede Kommunikation hat einen Inhalts- und einen Beziehungsaspekt.
3. Kommunikation ist immer Ursache und Wirkung.
4. Menschliche Kommunikation bedient sich analoger und digitaler Modalitäten.
5. Kommunikation ist symmetrisch oder komplementär.

Gerade für die Kommunikation im Gesundheitswesen ist sein letztes Axiom wesentlich, in dem er darauf hinweist, dass Kommunikation nicht immer symmetrisch ist (wie bei ausgeglichenen Machtverhältnissen), sondern dass sie auch komplementär verläuft, wenn große Unterschiede zwischen den Beteiligten bestehen. Kontextfaktoren entscheiden darüber, in welcher Rolle die beiden Interagierenden sich begegnen; Patientinnen und Patienten sind zum Beispiel bei der körperlichen Untersuchung als Erduldende in der weniger mächtigen Rolle, sie verhalten sich komplementär zu den Bedürfnissen von Ärztinnen und Ärzten und können zwei Stunden später als Controllerinnen und Controller im Krankenhaus den Ärztinnen und Ärzten als ähnlich Mächtige gegenüberreten.

Literatur

Schulz von Thun F.: Miteinander reden 1 – Störungen und Klärungen. Rowohlt Taschenbuchverlag, Reinbek bei Hamburg 1981.
Watzlawick P., Beavin J., Jackson D.: Menschliche Kommunikation. Formen, Störungen, Paradoxien. Huber-Verlag, Bern 2000.

1.2. Ziele der Kommunikation

Die beiden Wissenschaftler Bird und Cohen-Cole haben im Jahr 1990 ein Modell vorgeschlagen, um die Ziele der Kommunikation zwischen Arzt/Ärztin und Patient/Patientin zu beschreiben.

Das Modell umfasst drei Ziele:

1. Daten gewinnen;
2. Patientinnen und Patienten informieren;
3. auf die Gefühle von Patientinnen und Patienten eingehen.

Andere Modelle fokussieren eher auf übergeordnete Ebenen. Entsprechend werden die Ziele umformuliert (z. B. das Modell von Lazare, Putnam & Lipkin, 1995):

1. eine Beziehung entwickeln, beibehalten und abschließen;
2. die Art des Problems identifizieren und im Verlauf überwachen;
3. Vermitteln von Informationen an Patientinnen und Patienten sowie Behandlungspläne implementieren.

Beim Vergleich dieser beiden frühen Modelle wird deutlich, dass sich Ziele auf ganz unterschiedlichen Niveaus definieren lassen. Das Ziel „Daten gewinnen“ lässt sich durch Beobachtungen von Ärztinnen und Ärzten verifizieren, die in der Lage sind, mehr oder weniger vollständige Anamnesen zu erheben. Ähnliches gilt für das dritte Ziel im Modell von Bird

und Cohen-Cole, das sich wiederum durch die Beobachtung konkreten ärztlichen Verhaltens verifizieren lässt, wann immer Patientinnen und Patienten unmittelbar oder nur indirekt über ihre Gefühle sprechen. Im Modell von Lazare et al. wird die Bedeutung der Beziehung zwischen Arzt/Ärztin und Patient/Patientin hervorgehoben, die sich Beobachtenden nicht zwingend erschließt, sondern sich letztlich nur aus der Perspektive beider Interaktionspersonen beschreiben lässt.

Jenseits dieser Modelle lässt sich patientenzentrierte Kommunikation (patient-centred communication; PCC) zu einer einfachen Maxime verdichten: **Kommuniziere so, dass sich ein Gegenüber (Patientinnen und Patienten oder Angehörige) eingeladen fühlt, seine Sichtweise darzustellen.** Diese Definition impliziert nicht, dass eine Fachperson immer patientenzentriert kommunizieren sollte; sie lässt Raum für Begegnungen, in denen das Gegenüber seine Position nicht offenlegen will, sondern z. B. nur um eine Dienstleistung bittet („*Könnten Sie mal den Blutdruck messen?*“). Dann macht es durchaus Sinn, dass die Fachperson – sofern dies medizinisch vertretbar ist – schlicht und ergreifend die gewünschte Dienstleistung erbringt, ohne sich um die psychischen oder sozialen Belange einer Patientin oder eines Patienten aktiv zu kümmern.

Wenn die Maxime der patientenzentrierten Gesprächsführung für alle Begegnungen gilt, wird sie Fachpersonen und Patienten/Patientinnen überfordern. Die Forderung, sich im Sinne des Bio-Psycho-Sozialen Modells für psychische und soziale Belange von Patientinnen und Patienten zu interessieren, muss auf die Bereitschaft der Betroffenen treffen, sich zu diesen Aspekten zu äußern. Wenn patientenzentrierte Gesprächsführung in Interventionsstudien als Goldstandard definiert wird, ohne dass Patientinnen und Patienten dies ausdrücklich wünschen, sind die Ergebnisse vorhersehbar mager. Anders sieht es aus, wenn spezifische Gruppen von Patientinnen und Patienten, z. B. solche mit einer fortgeschrittenen Herzinsuffizienz, in Entscheidungen eingebunden wurden. Dann sind Elemente der patientenzentrierten Gesprächsführung mit positiven Outcomes vergesellschaftet.

Literatur

- Bird J., Cohen-Cole S. A.: The three-function model of the medical interview. An educational device. *Adv Psychosom Med.* 1990; 20: 65–88.
- de Haes H., Bensing J.: Endpoints in medical communication research, proposing a framework of functions and outcomes. *Patient Educ Couns.* 2009; 74: 287–94.
- Kinmonth A. L. et al.: Randomised controlled trial of patient centred care of diabetes in general practice: impact on current wellbeing and future disease risk. *BMJ.* 1998; 317: 1202–8.
- Lazare A. et al.: Three Functions of the Medical Interview. In: Lipkin M., Lazare A., Putnam S. M. (Hrsg.): *The Medical Interview: Clinical Care, Teaching and Research.* Springer-Verlag, New York 1995, S. 3–19.
- Miller W., Rose G.: Toward a Theory of Motivational Interviewing. *Am Psychol.* 2009; 64: 527–37.

1.3. Wahrnehmung und Gestaltung der kommunikativen Situation

Der amerikanische Psychologe Gordon Allport hat bereits im Jahre 1935 postuliert, dass menschliches Verhalten nicht so sehr von **objektiven** Stimulusbedingungen beeinflusst wird, sondern von der Art und Weise, wie die Person eine Situation **subjektiv** wahrnimmt und sie interpretiert.

Diese Interpretation einer Situation – wie jene einer zwischenmenschlichen Kommunikation zwischen Arzt/Ärztin und Patient/Patientin – beruht auf den Stimulusgegebenheiten und den Vorerfahrungen, den Zielen und Absichten, die wir in die Situation hineinbringen. Die Wahrnehmung einer Situation ist das Ergebnis eines Konstruktionsprozesses: Als Beobachtende einer Situation schließen wir aus scheinbar getrennten und begrenzten externen Informationen auf Zusammenhänge, die aufgrund unserer vorhandenen Informationen nicht notwendigerweise begründbar sind.

Konstruktion von Wirklichkeit

Menschen bilden Hypothesen über die Bedingungen von vergangenen und aktuellen Situationen und treffen Vorhersagen über zukünftige Ereignisse. Menschen konstruieren sich also vor dem Hintergrund bereits gemachter Erfahrungen ihre eigene, für ihr Handeln praktikable emotionale und kognitiv ausgestaltete Wirklichkeit. Diese individuellen Wirklichkeitskonstruktionen – bestehend aus Motiven, Handlungsgründen, Einstellungen, Vorstellungen über gesellschaftliche Werte und Normen – bilden den individuellen Hintergrund für die Kommunikation. Beim unmittelbaren Zusammentreffen mit anderen Menschen probieren Einzelne ihre Wirklichkeitskonstruktionen aus, prüfen, ob sie passen, und konstruieren sie möglicherweise neu. Zudem treffen Menschen aus jeweils verschiedenen kulturellen Kontexten mit unterschiedlichen Auffassungen (Bedeutungen) über den Ablauf von Handlungen aufeinander.

Einstellungen als Entscheidungselemente

Einstellungen haben eine zentrale Funktion bei der Organisation kognitiver Prozesse. Sie beziehen sich auf Personen, auf Objekte, Situationen sowie auf Sachverhalte. Sie enthalten positive oder negative Bewertungen und sie sind relativ überdauernd und verhaltenswirksam. Menschen treffen ständig auf andere Menschen, Objekte und Situationen, die sie wahrnehmen und in den bereits vorhandenen Wissensbestand einordnen.

Unlustvermeidung

In diesem Zusammenhang ist der Begriff der kognitiven Dissonanz wichtig. Damit wird ein innerer Spannungszustand beziehungsweise ein Unlustgefühl bezeichnet, das entsteht, wenn Gesprächsteilnehmende mit widersprüchlichen Informationen im Kommunikationsprozess

konfrontiert werden. Gemäß Festingers Theorie besteht im Individuum eine starke Tendenz, nicht miteinander übereinstimmende kognitive Elemente zu vermeiden, also die erlebte kognitive Dissonanz zu reduzieren. Dabei ergibt sich die Stärke des Drucks beziehungsweise der Motivation zur Dissonanzreduktion aus der Stärke der erlebten Dissonanz. So kann es sein, dass Patientinnen und Patienten Gespräche mit Ärztinnen und Ärzten möglichst meiden, weil bestimmte Spannungszustände vermieden werden sollen: Sind zum Beispiel Patientinnen und Patienten überzeugt, die idealen Diagnosen für ihre Leiden (selbst) gefunden zu haben, werden sie dem Druck des Umfeldes, sich von Ärztinnen und Ärzten untersuchen zu lassen, möglicherweise großen Widerstand leisten.

Die Menschen sind offenbar bestrebt, sich ein Bild von der Wirklichkeit zu konstruieren, das möglichst widerspruchsfrei oder konsistent ist; beziehungsweise wir suchen jene Umwelten auf, die uns in unseren Annahmen bestätigen.

Kommt es zu kognitiver Dissonanz, sind verschiedene Verhaltensweisen möglich, um damit umzugehen. Das beschriebene Verhalten ist dabei abhängig von Komponenten wie Sicherheit, Einstellung gegenüber Veränderungen und so weiter:

- Die bisherigen Einstellungen und Konstruktionen werden verändert.
- Die Mitteilung der Gesprächspartnerin bzw. des Gesprächspartners wird ignoriert, verdrängt oder rasch vergessen.
- Zusätzliche Hinweise werden gesucht, um die bisherige Einstellung aufrechtzuerhalten.
- Die Gesprächspartnerin bzw. der Gesprächspartner wird als unwichtige oder nicht kompetente Informationsquelle eingestuft.
- Es wird aktiv nach sozialer Bestätigung der eigenen Meinung gesucht.

Erwartungen gestalten die Realität

Im Gespräch können Konflikte zwischen Erwartungen und Realitäten entstehen: Hat ein Patient / eine Patientin die Erwartung, vom Arzt / von der Ärztin eine bestimmte positive Diagnose zu erhalten, und die tatsächliche Diagnose ist negativ oder vollkommen andersartig, entsteht in dieser Situation ein realer Konflikt im Patienten / in der Patientin.

Erwartungen steuern demnach Ereignisse. Besonders enttäuschte Erwartungen zeigen, was eigentlich erwartet wurde: Machen wir uns als Patientin oder Patient auf zu unserem ersten Besuch bei der Hausärztin oder beim Hausarzt und gehen davon aus, hier besonders zuvorkommend empfangen zu werden, treffen aber auf ein leicht gestresstes Praxisteam und vollkommen ausgelastete Ärztinnen und Ärzte mit wenig Zeit für einführende Worte, werden wir uns dieser Erwartungen (sehr oft) erst durch die Nichterfüllung bewusst.

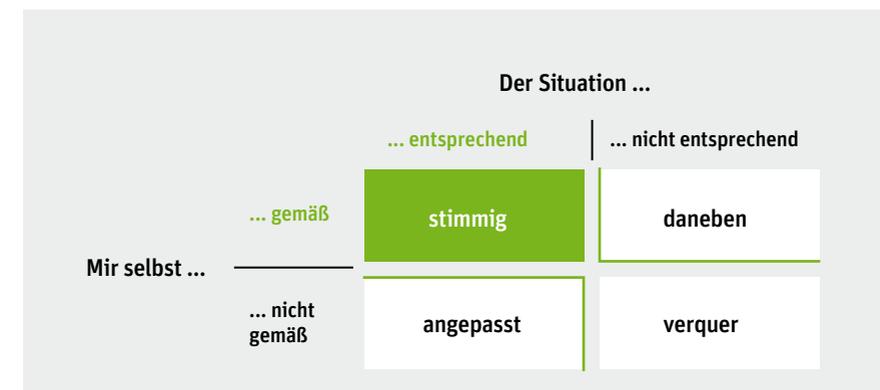
Zudem beeinflussen Erwartungen die Wahrnehmung: So nehmen Patientinnen und Patienten, die bestimmte Diagnosen der Ärztinnen und Ärzte erwarten, besonders klar jene Äußerungen wahr, die zu ihren Erwartungen passen. Oder: Wenn Ärztinnen und Ärzte mit bestimmten Erwartungen – zum Beispiel zur Bestätigung ihrer Anliegen als Fachpersonen – wissenschaftliche Publikationen lesen, werden ihnen ganz besonders jene Textstellen ins Auge fallen, die diesen Erwartungen entsprechen.

Stimmige Kommunikation

Menschen können kommunikative Situationen erleben, in denen sie zwar sachlich verstanden werden, sich aber trotzdem hochgradig unwohl oder missverstanden fühlen und die sie nicht als erfolgreiche oder gelungene Kommunikation bezeichnen würden. Diese Unstimmigkeit kann eintreten, wenn man zwar in einer Situation „funktionieren“, sich aber gefühlsmäßig verstellen muss.

Schulz von Thun (1998) verfasste in Kombination mit seinem berühmtesten **Modell Kommunikationsquadrat** das **Konzept der Stimmigkeit**, das eine gelingende und erfolgreiche Kommunikation nicht als bloßes Funktionieren auf der Sachebene misst, sondern verschiedene Ebenen von Kommunikation miteinbezieht. Das Konzept besagt, dass eine Kommunikation dann stimmig ist, wenn sie personell und situativ angemessen ist beziehungsweise wenn Gesprächsteilnehmende das Gefühl haben, der Situation entsprechend zu handeln und trotzdem „sie selbst“ bleiben zu können. Diese beiden Dimensionen stellt Schulz von Thun in einer Matrix dar, welche die vier Varianten von erfolgreicher oder weniger erfolgreicher Kommunikation markiert:

Das Vier-Felder-Schema stimmiger Kommunikation nach Schulz von Thun, 1998.



Schulz von Thun unterscheidet drei Fälle von nichtstimmiger Kommunikation (1998):

- **Angepasst:** Die Kommunikation ist zwar der Situation angemessen, aber der Sprecher / die Sprecherin hat den Eindruck, sich verstellen zu müssen.
Ein Beispiel könnte der erste Termin in der Sprechstunde eines noch unbekanntes Arztes bzw. einer noch unbekanntes Ärztin sein. Zurückhaltung und Vorsicht, vielleicht sogar Unterwürfigkeit mögen in der Situation zwar hilfreich sein und als ausgesuchte Höflichkeit interpretiert werden, verhindern dabei aber das persönlich angemessene Verhalten.
- **Daneben (kommunikative Fettnäpfchen):** Personen erleben sich zwar authentisch, handeln aber der Situation unangemessen.
Beispiele dafür sind unpassende Witze oder unangebrachte Vertraulichkeiten, die nicht der Rollenbeziehung zwischen den Gesprächsteilnehmenden entsprechen.
- **Verquer:** Es wird weder der Person noch der Situation entsprechend kommuniziert. Diese eher seltene Variante von nichtstimmiger Kommunikation kann eintreffen, wenn wir zum Beispiel uns als Person nicht einbringen oder nicht authentisch darstellen können und uns zudem im „falschen Film“ wähnen.

Von stimmiger Kommunikation ist also dann die Rede, wenn persönliche Authentizität und situativ angemessenes Handeln zusammenfallen.

Literatur

- Bierhoff H. W.: Einführung in die Sozialpsychologie. Beltz-Verlag, Weinheim 2002.
Frindte W.: Einführung in die Kommunikationspsychologie. Beltz-Verlag, Weinheim 2001.
Bierbrauer G.: Sozialpsychologie. Verlag W. Kohlhammer, Stuttgart 2005.
Festinger L.: A Theory of Cognitive Dissonance. Stanford University Press, Stanford 1957.
Nünning A., Zierold M.: Kommunikationskompetenzen. Klett-Verlag, Stuttgart 2011.
Schulz von Thun F.: Miteinander reden 3 – Das „innere Team“ und situationsgerechte Kommunikation. Rowohlt, Reinbek 1998.
Zimbardo P.: Psychology – Core Concepts. Allyn & Bacon Publishing, Boston 2005.

1.4. Non- und paraverbale Kommunikation

Ein Patient oder eine Patientin trifft sehr verspätet in der Praxis ein und entschuldigt sich dafür mit einer Erklärung, die der Arzt / die Ärztin als fadenscheinig wahrnimmt und sich darüber still ärgert. Im verbalen Ausdruck bagatellisiert die ärztliche Fachperson das Verhalten und versichert dem Patienten / der Patientin, dass die Verspätung absolut kein Problem darstelle, macht aber gleichzeitig durch Mimik und Körperhaltung deutlich, dass sie das Verhalten nicht billigt. Die anschließende Behandlungszeit ist geprägt durch angespannte Kommunikation, beide fühlen sich nicht wohl. Hier zeigt sich, in welchem Ausmass das Nicht-Gesagte in der Lage ist, die Atmosphäre einer Begegnung nachhaltig zu prägen.

Diese **nonverbalen Elemente** umfassen **Gestik, Mimik, Blick, Körperhaltung** und so weiter, aber auch **paraverbale Phänomene** wie die **Stimmfarbe**, das **Tempo** oder die **Lautstärke**. Ohne dass die Beteiligten sie im Einzelnen immer benennen können, vermitteln diese Elemente emotionale Zustände und die Einstellung zum Gegenüber, die in diesem Fall dem verbal geäußerten Inhalt zuwiderlaufen.

Ausdruck und Funktion von nonverbalen Zeichen

Gesten als nonverbale Zeichen sind Bewegungen der Arme, Hände und Finger. Die Mimik zeigen wir in schnellen und oft unauffälligen Gesichtsbewegungen, die unsere Gemütsverfassung und auch die Einstellung zum Gegenüber widerspiegeln. Wir können sie allerdings nicht selbst als Betrachtende wahrnehmen und ihre Wirkung nur aufgrund der Reaktion des Gegenübers abschätzen. Der Blick zeigt unseren Bezug zum Partner / zur Partnerin und drückt Zuneigung, Misstrauen oder auch Verständnis aus. Die Häufigkeit, Dauer und Intensität des Blickkontakts sind dabei relevante Charakteristiken des Blickes: Wir zeigen damit unter anderem, dass die andere Person weiterreden kann, wir ihren Ausführungen folgen können oder ein Wechsel der sprechenden Person angesagt ist. Die Körperhaltung hingegen betrifft das gesamte Erscheinungsbild und zeigt beispielsweise an, ob sich das Gegenüber dem anderen zu- oder von ihm abwendet.

Ausdruck und Funktion von paraverbalen Zeichen

Zu den paraverbalen Zeichen gehören Intonation, Stimmfarbe, Tempo, Rhythmus, Akzent, Intensität, Lautstärke und so weiter. Einige paraverbale Zeichen sind genetisch bedingt – so etwa sprechen Frauen tendenziell mit höherer Stimme als Männer. Andere Zeichen sind sehr individuell einzuordnen: Manche Personen sprechen lauter als andere, möglicherweise bedingt durch ihren Körperbau oder auch durch familiäre Gewohnheiten. Zudem kann Paraverbales in unterschiedlichen Kulturen unterschiedlich akzeptiert und etabliert sein.

Paraverbale Elemente sind nie autonom, sondern immer sogenannte „Huckepack-Phänomene“, die sich den vokalen Äußerungen aufpfropfen und sie modulieren. Diese Zeichen gestalten also jede vokale Äußerung mit.

Die folgenden Kontrollfragen haben sich bewährt:

- Wie bewusst bin ich mir, ob meine non- und paraverbalen Zeichen mit den jeweiligen sprachlichen Äußerungen übereinstimmen?
- In welchen Situationen sind diese beiden Ebenen meiner Äußerung besonders kongruent oder inkongruent?

- Kann die Inkongruenz durch die Mitteilung des eigenen Empfindens aufgehoben werden?

Pausen als Besonderheiten im Gespräch

Der Rhythmus einer Mitteilung ist besonders geprägt durch Tempo und durch Pausen. Was aber ist eine Pause? Wo liegt der Unterschied zur Stille? In der Regel werden Unterbrechungen in einem Dialog, die länger als zwei Sekunden dauern, als ‚Pause‘ wahrgenommen, also als ein nicht zu erwartender Einschnitt in den Fluss der Rede (Gramling 2022). Pausen per se transportieren allerdings nicht eine bestimmte Bedeutung, sind also nicht immer als Einladung zum Nachdenken oder als Anzeichen für Verstehen zu deuten; ihre Bedeutung erschließt sich in erster Linie für die am Dialog beteiligten Personen. Sie sind vor allem Angebote, den Fluss von Rede und Gegenrede anzuhalten.

Herausforderungen durch die kulturelle Prägung von nichtsprachlichen Zeichen

Auch wenn Paul Ekman (2004) nach seinen langjährigen, kulturübergreifenden Studien schlüssig darstellen konnte, dass die von ihm beschriebenen sieben Basisemotionen – Fröhlichkeit, Wut, Ekel, Furcht, Verachtung, Traurigkeit und Überraschung – bei allen Menschen in gleicher Weise erkannt und ausgedrückt werden, kann die nichtsprachliche Kommunikation nicht als universell angesehen werden. Nichtverbale Kommunikation ist gemäß Ekman zu „wesentlichen Teilen kulturspezifisch überformt“, womit Schwierigkeiten bei der interkulturellen Begegnung vorprogrammiert sind.

Gestik kann in einer Kultur konventionell sein und etwas ganz Bestimmtes bedeuten, in einer anderen aber nicht. So werden in Bulgarien und in der Türkei sowohl das Kopfschütteln wie auch das Nicken für ein Ja verwendet – je nach Zusammenhang. Zudem spielt es eine Rolle, mit welcher Intensität es angebracht wird und ob das Kopfschütteln oder Nicken schnell oder langsam erfolgt.

In Japan wiederum ist Lachen oft nicht Ausdruck von Freude, sondern von Verlegenheit, was auf Nichteingeweihte irritierend wirken kann. Auch der direkte Blickkontakt mit dem Gegenüber kann sehr divergierenden Regeln unterworfen sein: In der westlichen Kultur „gehört es sich“, im Gespräch den direkten Blickkontakt zu halten, in anderen Kulturen hingegen ist dieser verpönt – so darf etwa eine Frau aus dem Vorderen Orient nur ihrem Mann direkt in die Augen schauen.

1.5. Wechselseitiger Kontakt über das gemeinsame Spüren einer Atmosphäre im Gespräch

Vertraut ist das Phänomen, dass einem ‚irgendwie zumute‘ wird, wenn man mit einer Person in einen Austausch tritt. Im Beispiel im Abschnitt 1.4 ist beiden Beteiligten unwohl. Meist wird dies als das (Gesprächs-)Klima benannt, das als angespannt, kühl, ruhig oder entspannt beschrieben wird.

Aussagen wie „*Ich fühle mich bei dieser Ärztin einfach wohl*“ und umgekehrt: „*Mitten im Gespräch mit der Patientin habe ich gemerkt, wie ich befangen wurde und unruhig*“, sind eher vage formuliert und kaum auf einzelne Ursachen zurückzuführen, dennoch aber für die Beteiligten eindeutig gegeben.

Diese im Alltag vertrauten Wahrnehmungen sind mit Konzepten beschrieben worden, die an bestimmte Voraussetzungen geknüpft sind, z.B. an die Annahme, dass sich vor allem unbewusste Motive in dieser indirekten Form äußern – ein Grundgedanke in der Begrifflichkeit von Übertragung und Gegenübertragung – oder an biologische Korrelate von Empathie, die die Übertragbarkeit von Gefühlen von Person A auf Person B mit der Aktivität von (Spiegel-) Neuronen verknüpfen.

Ein anderes, weniger an Vorannahmen gebundenes Verständnis basiert auf den oben beschriebenen alltäglichen Erfahrungen. Wenn man das, was man in der Gegend des eigenen Körpers spürt – ohne dass man es tasten oder anschauen kann –, als leibliches Spüren bezeichnet, hätte man den eigenen Leib als den Ort definiert, an dem das Wahrnehmen von Atmosphären sich vollziehen kann. Das mühelose, nicht bewusst gesteuerte gemeinsame Handeln beim Paartanz, beim gemeinsamen Rudern oder Chorsingen, die nicht bewusst gesteuerte Abfolge von Zuhören und Sprechen in einer entspannten Unterhaltung verweisen auf die Möglichkeit, dass mehrere Personen sich zu einem gemeinsamen, übergreifenden Leib zusammenschließen können. Unter dieser Voraussetzung ist denkbar, dass das, was Person A am eigenen Leib spürt, z.B. eine gewisse Traurigkeit, nicht aus ihr selbst stammt, sondern von Person B in die wahrnehmbare Atmosphäre eingebracht wird.

Wenn man also das Entstehen einer bestimmten Gesprächsatmosphäre potenziell allen beteiligten Personen zuschreibt, kommt auch das Erleben der Fachperson zur Geltung: Sie gestaltet Atmosphären nicht nur, sondern ist ihnen auch ausgesetzt. Dann ist das Spüren am eigenen Leib ein diagnostisches Mittel, über das eine aufmerksame Fachperson zusätzlich zu den körperorientierten Möglichkeiten verfügt.

Gerade in der Grundversorgung sind z. B. Gefühle einer inneren Unruhe bei der Fachperson in der initialen Beurteilung eines Falles oft handlungsleitend (z. B.: „*Dieses Kind ist krank und sollte ins Krankenhaus!*“). Auch der Eindruck von „Jetzt ist genug gesagt“, der sich in einem Aufklärungsgespräch zwischen Arzt/Ärztin und Patient/Patientin nach einer bestimmten Zeit einstellt, ist ein solches Phänomen, da diese Aussage nicht auf statistischer Evidenz beruht in dem Sinne, dass der Patient / die Patientin wüsste, wie viel % des Wissens des Arztes / der Ärztin jetzt mitgeteilt wurde, sondern auf einem gespürten „Es ist gut jetzt“.

Die Fachperson kann die Wahrnehmungen am eigenen Leib auch als therapeutisches Instrument benutzen, wenn sie dem Gegenüber mitteilt, wie ihr zumute wird (z. B.: „*Wenn Sie diese Geschichte erzählen, weht mich eine große Traurigkeit an.*“). Sie stellt das Erleben am eigenen Leib als eine mögliche Interpretation der aktuellen Situation zur Verfügung und hilft dem Gegenüber dabei, in Worten zu explizieren, was noch nicht gesagt, aber vielleicht schon vage gespürt wurde.

Literatur

- Argyle M.: Körpersprache und Kommunikation. Junfermann, Paderborn 2005.
- Ekman P.: Gefühle lesen – Wie Sie Emotionen erkennen und richtig interpretieren. Spektrum Akademischer Verlag, München 2004.
- Heringer H. J.: Interkulturelle Kommunikation. Grundlagen und Konzepte. Francke, Tübingen und Basel 2010.
- Gillissen A. et al. (Hrsg.): Interkulturelle Kommunikation in der Medizin. Springer Verlag Deutschland, <https://doi.org/10.1007/978-3-662-59012-6>.
- Smith CF, Drew S, Ziebland S, Nicholson BD. Understanding the role of GPs' gut feelings in diagnosing cancer in primary care: a systematic review and meta-analysis of existing evidence. *Br J Gen Pract.* 2020 Aug 27;70(698):e612-e621. doi: 10.3399/bjgp20X712301. PMID: 32839162; PMCID: PMC7449376.
- Langewitz WA. The lived body (Der Leib) as a diagnostic and therapeutic instrument in general practice. *Wien Klin Wochenschr.* 2021 Jul 23. doi: 10.1007/s00508-021-01911-1. PMID: 34297201.
- Gramling C. J., Durieux B. N., Clarfeld L. A., Javed A., Matt J. E., Manukyan V., ... & Gramling, R. (2022): Epidemiology of Connectional Silence in specialist serious illness conversations. *Patient Education and Counseling*, 105(7), 2005–2011.

1.6. Gespräche in Zeiten der Telemedizin

Gerade die Coronapandemie hat gezeigt, dass Kontakte nicht nur in der Face-to-Face-Begegnung in Präsenz stattfinden müssen, sondern auch über das Internet vermittelt stattfinden können. Damit hat eine Entwicklung zusätzlichen Schub erhalten, die in anderen Ländern, z. B. in Großbritannien, schon länger stattgefunden hat: Erstkontakte im Gesundheitswesen werden über das Telefon oder über Live-Video-Schaltungen abgewickelt, u. U. in der Interaktion mit einem Computerprogramm, das aus den geschilderten Beschwerden die Wahrscheinlichkeit einer Diagnose berechnet und darüber entscheidet, ob eine hilfeschuchende Person mit einem lebenden Gegenüber verbunden wird oder nicht. Selbstverständlich lässt sich argumentieren,

dass Fachpersonen (auch) wie Computerprogramme funktionieren, indem sie Beschwerdebilder mit impliziten (der ‚klinische Blick‘) oder feststehenden Algorithmen beurteilen – die meisten Notfallstationen verfahren so, um über die Notwendigkeit von Diagnostik und Therapie zu entscheiden. Allerdings bietet der persönliche Kontakt mehr als das Abrufen von Beschwerden: das Leiden der Person, ihre Angst, ihre Verzweiflung sind ‚spürbar‘, auch ohne dass sie explizit ausgedrückt werden. Dieses Ausblenden der emotionalen Komponente kann diagnostisch durchaus sinnvoll sein, wenn z. B. in einer Triage-Situation nicht der zuerst behandelt wird, der am lautesten stöhnt, sondern der, dessen Vitalparameter einen deutlichen Abwärtstrend zeigen. Allerdings kann das Ausblenden von Emotionen auch dazu führen, dass ein tröstender Impuls, eine beruhigende Geste ausbleiben – man muss ein Symptom nicht besänftigen, manchmal aber den Menschen, der es präsentiert.

Ein Mittelding zwischen Mensch-Maschine- und Mensch-Mensch-Interaktionen sind die Live-Treffen über entsprechende Programme, bei denen sich beide Interagierenden sehen und hören, sich aber nicht im gleichen physischen Raum befinden. Es ist wahrscheinlich noch zu früh, eindeutige Aussagen zu den Auswirkungen dieser Form der ‚Distanz in der Nähe‘ zu treffen, folgende Überlegungen könnten aber hilfreich sein: Der Fokus auf den Bildschirm und/oder auf die Kamera, die das eigene Bild aufnimmt, verhindert spontanes Abschweifen der Gedanken und des Blicks, Korrekturbewegungen in der Haltung stellen sich nicht spontan ein, sondern werden – wenn überhaupt – bewusst abgerufen.

Eine erste Studie zeigt, dass dieses Einengen des Fokus einerseits die Fähigkeit von Teams verbessert, unter vorhandenen Ideen die beste zu finden, dass andererseits persönliche Treffen besser geeignet sind, kreative Ideen zu generieren. Vorstellbar ist auch, dass die unter 1.5. beschriebene Wahrnehmung von Atmosphären im Raum dadurch behindert wird, dass sich die beteiligten Personen eben in physisch unterschiedlichen Räumen befinden – kann sich eine prägende Atmosphäre überhaupt ausbilden? Zumindest indirekt gibt es vielleicht Hinweise darauf, dass eine lähmende Atmosphäre seltener entsteht: Studierende und Simulationspersonen beschreiben die Gespräche über Live-Kontakte im Netz als entspannter als Live-Gespräche in einem Lernzentrum – vielleicht weil die angespannte Atmosphäre in einer Gruppe, in der die anderen zuschauen, wie jemand sich verhält, sich nicht einstellen kann?

Literatur

- Melanie Brucks and Jonathan Levav (2019): Technology-Mediated Innovation, in NA – Advances in Consumer Research Volume 47, eds. Rajesh Bagchi, Lauren Block, and Leonard Lee, Duluth, MN: Association for Consumer Research, Pages: 45–50.
- Langewitz et al.: Doctor-patient-communication during the Corona-Crisis – web-based interactions and structured feedback from standardized patients at the University of Basel and the LMU Munich. *GMS J Med Educ.* 2021; 38(4):Doc80. DOI: 10.3205/zma001477.

1.7. Dokumentation des Gesprächs

Ein oft vernachlässigter, jedoch wesentlicher Aspekt einer professionellen Begegnung zwischen Arzt/Ärztin und Patient/Patientin ist die Dokumentation. Vor allem in Polikliniken und Ambulanzen, in denen die betreuenden Ärztinnen und Ärzte häufig wechseln, aber auch in Gemeinschaftspraxen ist die kontinuierliche Betreuung durch bestimmte Ärztinnen und Ärzte nicht immer gewährleistet. Daher kommt der schriftlichen Informationsübergabe, die mittlerweile oft in elektronischer Form erfolgt, eine entscheidende Bedeutung zu.

In der Regel ist der Zusammenhang zwischen der Menge an Informationen, die Patientinnen und Patienten geben, und den Einträgen in die Patientendokumentation nicht besonders zuverlässig. Ärztinnen und Ärzte dokumentieren bis zu 90 % dessen, was Patientinnen und Patienten sagen, nicht. Das mag daran liegen, dass Ärztinnen und Ärzte in der Lage sind, Einzelbefunde in diagnostischen Oberbegriffen zusammenzufassen.

Allerdings gilt dies kaum für den Bereich psychosozialer Informationen: Hier besteht das Risiko, dass das, was im Moment für Patientinnen und Patienten im Vordergrund steht, keinen Eingang in die Krankenakte findet. Hier haben Ärztinnen und Ärzte ganz allein eine Entscheidung darüber getroffen, was wichtig für nachfolgende Kolleginnen und Kollegen ist.

In keinem der aufgezeichneten Gespräche wurde partizipatorisch versucht, mit Patientinnen und Patienten gemeinsam zu entscheiden, welche Informationen explizit ins Krankenblatt übernommen, welche in Form einer Zusammenfassung zumindest thematisch benannt und welche weggelassen werden sollten. Diese Chance in Bezug auf die Dokumentation des Gesprächsinhaltes wird bisher nicht genutzt, scheint aber dringend geboten.

Literatur

Langewitz W. A., Loeb Y., Nubling M., Hunziker S.: From patient talk to physician notes – Comparing the content of medical interviews with medical records in a sample of outpatients in Internal Medicine. Patient Educ Couns. 2009; 76: 336–40.

1.8. Ärztliche Haltung und Technik

Die Praxis einer professionellen Kommunikation wird oft missverstanden als eine Tätigkeit, bei der in erster Linie präzise definierte Regeln umgesetzt werden. Gerade bei der nonverbalen Kommunikation wird im Alltag meistens sehr schnell deutlich, dass jemand, der Empörung oder Trauer nur äußert, ohne selbst in diesem Moment empört oder traurig zu

sein, ungläubwürdig ist. Das Gleiche gilt für jemanden, der die Rolle eines Arztes oder einer Ärztin spielt, ohne über eine ärztliche Identität zu verfügen. Sie zu entwickeln, ist Teil des verborgenen, impliziten Curriculums im Medizinstudium und wahrscheinlich auch der ersten Jahre der Weiterbildung zur Fachärztin bzw. zum Facharzt. Wenn Studierende und junge Kolleginnen und Kollegen eine ärztliche Identität entwickeln, ist sie oft zunächst eher rigide und lässt nur wenig Spielraum für unterschiedliche Ausprägungen. Für das, was da im Entstehen begriffen ist, ist der Begriff der Fassung hilfreich, der in der Neuen Phänomenologie mit dem Bonmot erklärt wird:

**„Fassung ist das, was ein Mensch verliert,
wenn er die Fassung verliert.“**

Die Anwendung dieser Definition im Alltag wird sofort zeigen, dass es unterschiedliche Herausforderungen an die Fassung einer Person gibt: Was jemanden als Vater, Tochter, Partnerin oder Partner herausfordert und an den Rand der Fassung bringen kann, ist für die Fachperson sozusagen Berufsrisiko.

Daraus folgt, dass eine Person mehrere Fassungen hat, unter anderem eine berufliche; damit ist die Kritik an Kommunikationstrainings, sie würden die eigene Authentizität untergraben, obsolet: Die Fassung als junge Frau, Tochter, Freundin etc. steht gar nicht zur Debatte, sondern es geht um das Arbeiten an einer professionellen Fassung, die noch nicht ausgebildet ist. Wünschenswert ist sicher, dass bestimmte Merkmale einer Person (z. B. wie flink, wie begeisterungsfähig, beharrlich, eher pessimistisch jemand ist) in unterschiedlichen Fassungen nicht ganz verloren gehen. So etwas wie der ‚Kern einer Person‘ schimmert durch die verschiedenen Fassungen hindurch.

Die ärztliche Identität ist in diesem Verständnis also eine spezielle Form der Fassung, sie kann unterschiedlich rigide sein und ist nicht dann besonders professionell, wenn sie besonders flexibel ist.

Eine Person mit sehr flexibler Fassung ist womöglich zu sehr beeindruckt vom Leid eines Gegenübers und hat Mühe, einen klaren Kopf zu bewahren und z. B. einen invasiven Eingriff in Ruhe kompetent durchzuführen. Eine Person mit sehr rigider Fassung wirkt häufig kaltherzig, unempathisch („Der/die hat mich behandelt wie ein Stück Holz“). Die große Kunst besteht darin, die eigene professionelle Fassung in ihrer Flexibilität variieren zu können; wie schwierig das sein kann, wird deutlich, wenn eine Fachperson aus dem Operationsaal in die Sprechstunde wechselt und dann von der eher rigiden Fassung auf eine eher flexible Fassung

umschalten muss. Die Arbeit an der eigenen Fassung hört nie auf, das liegt auch daran, dass zunehmende Erfahrung, eine hierarchisch andere Position und schlicht das Älterwerden dem Gegenüber andere Projektionsflächen bieten, innerhalb derer sich die Erwartungen an die Fachperson immer wieder neu ausrichten.

Die professionelle Identität als Ärztin oder Arzt ist also zu unterscheiden von einer alle Fassungen durchdringenden Persönlichkeit, die mit der Forderung nach Authentizität in der Begegnung mit Patientinnen und Patienten häufig angemahnt wird. Diese Forderung leugnet das inhärente Machtgefälle zwischen einer Person, die Hilfe sucht, und einer Person, die diese Hilfe aufgrund ihrer fachlichen Kompetenz hoffentlich anbieten kann: Hier begegnen sich nicht Personen auf gleicher Ebene, die im Umgang miteinander Nähe und Distanz frei regeln können. In einer ‚helfenden Beziehung‘ begegnen sich überspitzt formuliert Macht und Ohnmacht. Das auferlegt der Ärztin oder dem Arzt als ‚mächtiger Person‘ die besondere Verpflichtung, die Verantwortung für eine professionelle Distanz zu übernehmen – und ist nicht die Aufgabe der ‚ohnmächtigen Person‘. Viele Beschwerden von Patientinnen und Patienten betreffen diesen Problembereich: Fachpersonen haben die Verpflichtung zur professionellen Distanz verletzt und eine unangemessene Nähe entstehen lassen.

Literatur

Langewitz Wolf: Ärztliche Haltung – was ist das und wie kann man es erreichen. Rostocker Phänomenologische Manuskripte Bd. 27, 2017.



WWSZ

Warten

Wiederholen

Spiegeln

Zusammenfassen

Kapitel 2

Gesprächstechniken

2. Gesprächstechniken

2.1. Festlegen von Zeitgrenzen und Themen

Gerade bei Patientinnen und Patienten, die die Abläufe in einer Praxis oder in einer Ambulanz noch nicht kennen, ist es hilfreich, gleich zu Beginn anzusprechen, wie viel Zeit zur Verfügung steht. Falls der Arzt / die Ärztin bereits eine fixe Agenda hat, sollte dies am Anfang mit dem Patienten / der Patientin besprochen und geklärt werden, welche Punkte der Patient / die Patientin von sich aus besprechen möchte. Ein solcher Einstieg in das Arzt-Patienten-Gespräch ist bereits eine Chance für eine gemeinsame Entscheidungsfindung.

Während des Gespräches findet immer wieder ein Wechsel zwischen patienten- und arztzentrierter Gesprächsführung statt; dies folgt im Idealfall dem Ausmaß der Konkretisierung ärztlicher Hypothesen: Wenn die patientenzentrierte Gesprächsphase ausreichend Material generiert hat, um Hypothesen zu formulieren, werden diese in einem arztzentrierten Gesprächsabschnitt verifiziert, münden unter Umständen in weiterführende Hypothesen ein, die dann in einem wiederum patientenzentrierten, allerdings mehr fokussierten Gesprächsteil vom Patienten / von der Patientin aufgegriffen und weitergeführt werden. Dieser Wechsel bedingt unterschiedliche Redestile des Patienten / der Patientin: Es wird zwischen freier Rede im Narrativ und kurzer, präziser Rede im Bericht hin- und hergewechselt. Diese Abschnitte sollten der betroffenen Person als Themen- und Stilwechsel bekanntgegeben werden, damit sie sich in ihrem Sprachduktus entsprechend verhalten kann.

2.2. WWSZ-Techniken

Mit dem Akronym WWSZ werden vier typische Techniken der patientenzentrierten Gesprächsführung beschrieben: das **W**arten, das **W**iederholen und das **S**piegeln, um den Raum zu öffnen beziehungsweise offen zu halten. Das **Z**usammenfassen dient zum einen der Qualitätskontrolle der Ärztinnen und Ärzte und zum anderen hilft es, den Gesprächsablauf zu strukturieren.

Beim **Warten** besteht die große Herausforderung darin herauszufinden, wie lange eine Pause dauern darf, ohne dass eine bedrückende Stille entsteht. Eine Faustregel besagt, dass Pausen bis zu drei Sekunden Länge nicht als unangenehm erlebt werden. Damit die Pause beziehungsweise das Warten als Einladung verstanden wird, muss die Aufmerksamkeit des Arztes /

der Ärztin auf den Patienten / die Patientin ausgerichtet bleiben, was sich vor allem durch Augenkontakt manifestiert.

Selbstverständlich hat eine Pause noch andere rhetorische Funktionen, die sich auch in der Arzt-Patienten-Kommunikation einsetzen lassen. Die erste Funktion des Wartens ist die Einladung: Patientinnen und Patienten erhalten die Möglichkeit, in Ruhe darüber nachzudenken, ob sie noch mehr sagen können oder wie sie ihre Anliegen formulieren möchten. Das gleiche Recht können allerdings auch Ärztinnen und Ärzte beanspruchen, wenn sie nach einer überraschenden oder besonders beeindruckenden Patientenäußerung eine Pause entstehen lassen, in der sie das Gehörte verarbeiten möchten. Wenn sie ihren Eindruck formulieren, sollten sie darauf achten, dass die eigene Betroffenheit nicht so viel Raum einnimmt, dass Patientinnen und Patienten ihren eigenen Erzählduktus nicht mehr fortsetzen können.

Die beiden folgenden Funktionen stammen aus der rhetorischen Werkzeugkiste: Pausen dienen dem Hochstufen von Äußerungen, indem sie entweder vorangegangene oder nachfolgende Äußerungen bedeutsamer erscheinen lassen. Besonders auffallend wird das Fehlen einer hochstufenden Pause im Anschluss an eine Äußerung, mit der Ärztinnen und Ärzte Mitgefühl gezeigt haben, zum Beispiel mit einem Satz wie: „*Ich kann sehr gut verstehen, dass Sie das sehr beeinträchtigt.*“ Wenn diese Äußerung ohne Pause gefolgt wird von einer Überleitung zum nächsten Thema („*Jetzt wüsste ich gerne noch, wie Ihnen die neuen Tabletten bekommen*“), wird die erste Äußerung entwertet, sie wird tiefer gestuft.

Beim **Wiederholen** werden Worte wiederholt, die der Patient / die Patientin gerade geäußert hat; dies ist nur dann sinnvoll, wenn ein stockender Redefluss wiederbelebt werden soll:

Patientin: „Na ja, und dann meinte mein Mann, ich solle doch mal mit Ihnen darüber reden, ob das vielleicht vom Herzen kommen könnte.“

P.: Schaut den Arzt an und schweigt. [Offenkundig erwartet sie jetzt eine Aktion des Arztes]

Arzt: „Vom Herzen?“

P.: „Na ja, weil es bei ihm mit dem Herzen ganz ähnlich angefangen hat. Der hatte auch immer so ein Kältegefühl im Unterkiefer und so einen Druck in der Brust, und hinterher war's dann ein richtiger, großer Herzinfarkt.“

Beim **Spiegeln** greift der Arzt etwas von dem auf, was er von der Patientin gehört oder wahrgenommen hat. Der Begriff impliziert, dass tatsächlich nur das zurückgemeldet wird, was von der Patientin in den Diskurs eingebracht wurde.

A.: „Und jetzt machen Sie sich auch Sorgen, dass es bei Ihnen etwas Schlimmes sein könnte ...?“ [Spiegeln auf Emotion; Benennen der Emotion]

P.: „Ja, es kommt noch dazu, dass meine Mutter in einem ähnlichen Alter wie ich, so ungefähr Mitte 50, im Urlaub auf Mallorca aus heiterem Himmel eine Herzattacke hatte; da sind die dann ganz schnell mit einem Ambulanzflugzeug wieder nach Hause gekommen, und die Ärzte haben gesagt, dass sie noch mal richtig Glück hatte.“

A.: „Na, da kann ich gut verstehen, dass Sie sich Sorgen machen.“ [Verständnis zeigen für Emotionen]

Diese Technik lässt sich insofern unter der Überschrift „Raum öffnen“ subsumieren, als sie mit dem Ziel eingesetzt wird, der Patientin weitere Äußerungen zu erleichtern. Sie hat nicht den Charakter einer abschließenden, bewertenden Stellungnahme. Dieser Unterschied ist allerdings bei der Verschriftlichung nicht immer deutlich auszumachen. Er ergibt sich vor allem aus der Stimmführung, die bei einer affirmativen Feststellung am Ende des Satzes abfällt und bei einem Spiegeln, das als Einladung verstanden wird, in einem eher fragenden Ton in die Höhe geht.

Das **Zusammenfassen** hat in der Regel nicht die Funktion einer Öffnung des Raumes, sondern es erlaubt dem Arzt zu überprüfen, ob er das, was die Patientin ihm mitteilen wollte, korrekt verstanden hat. Es entspricht einem Schließen der Schleife, nur diesmal in der anderen Richtung: Die Patientin liefert Informationen und der Arzt schließt die Schleife, indem er von sich aus der Patientin mitteilt, was bei ihm angekommen ist. Darüber hinaus bietet das Zusammenfassen dem Arzt die Möglichkeit zu entscheiden, welche Aspekte er ausführlich und welche er eher summarisch wiedergibt. Der Arzt könnte z. B. eine ausführliche Schilderung der schwierigen Berufssituation von Patienten mit dem Satz: „... und offenkundig sind Sie im Moment im Beruf extrem unter Druck ...“ auf hohem Abstraktionsniveau wiedergeben.



**WWSZ-Technik (grippaler Infekt)
Anamnesegespräch**
www.aekno.de/leitfaden/grippe

2.3. Umgang mit Emotionen – das NURSE-Modell

Hinter diesem Akronym verbergen sich fünf Techniken, die im Umgang mit emotionalen Äußerungen von Patientinnen und Patienten hilfreich sind:

- N**aming: Emotionen benennen
- U**nderstanding: Wenn möglich Verständnis für die Emotionen ausdrücken
- R**especting: Respekt oder Anerkennung für Patientinnen und Patienten artikulieren
- S**upporting: Den Patientinnen und Patienten Unterstützung anbieten
- E**xploring: Weitere Aspekte zur Emotion herausfinden

Das **Benennen der Emotion (Naming)** entspricht dem Spiegeln: Die wahrgenommene Stimmung der betroffenen Person wird benannt. Dieser Schritt ist nur dann sinnvoll, wenn diese nicht selbst schon gesagt hat, wie ihr zumute ist. Wenn sie zum Beispiel mit dem Satz „*Ich hab unglaublich Angst, dass etwas Schlimmes dabei rauskommt*“ bereits ihr Gefühl benennt, ist ein erneutes Benennen durch die ärztliche Fachperson überflüssig.

Wenn die Emotion benannt ist, muss die Fachperson entscheiden, ob sie sie tatsächlich auch verstehen kann. Wenn ja, ist **Understanding** eine ausgesprochen wohlthuende Intervention, in der sich die Wertschätzung für eine betroffene Person und ihr Erleben prototypisch äußert.

Gerade wenn Patientinnen und Patienten von schwierigen Lebenssituationen berichten, ergibt sich immer wieder die Möglichkeit, ihre Bemühungen, mit einer Belastung fertig zu werden, positiv zu konnotieren. Eine typische Sequenz für das Zeigen von Respekt gegenüber Patientinnen und Patienten (**Respecting**) ist im nächsten Abschnitt wiedergegeben.

Eine Patientin hat ihren Mann vor einem halben Jahr verloren und ist traurig. Sie weint, als sie von diesem Verlust erzählt. Sie berichtet dann, dass sie vor zwei Wochen in der Volkshochschule einen Sprachkurs begonnen hat, weil sie mit ihrer Freundin in einem halben Jahr nach Andalusien zum Sightseeing fahren möchte. Sie schließt diesen Absatz mit der Bemerkung:

Patientin: „... mal schauen, ob ich das Spanisch aus dem Kurs dann auch gebrauchen kann.“

Arzt: „Das ist sicher eine schwierige Zeit für Sie [Benennen der Emotion]. Aber ich finde es toll, dass Sie wieder etwas unternehmen und noch eine neue Sprache lernen.“

Das **Supporting**, also das Anbieten von Unterstützung, ist nicht unbedingt eine eigentliche Kommunikationstechnik, es beschreibt aber das an sich naheliegende Bedürfnis, einem Menschen in Not zu helfen, und wird dann professionell, wenn diese Hilfe zunächst in Form eines Angebotes erwähnt und nicht bereits in die Tat umgesetzt wird.

Der letzte Punkt betrifft das Klären nicht eindeutiger oder fehlender Gefühle: **Exploring**. Dieses Verhalten wird besonders dann empfohlen, wenn der Arzt keine Idee hat, in welcher emotionalen Verfassung sein Gegenüber im Moment ist. Er spürt, dass etwas im Raum steht, hat aber zu wenig Informationen beziehungsweise spürt selbst zu wenig intensiv ein eigenes Erleben, um mit einem Naming/Spiegeln fortzufahren.



**Umgang mit schwierigen Emotionen
mit Elementen des NURSE-Modells**
www.aekno.de/leitfaden/schwierige-emotionen



**Umgang mit schwierigen Emotionen
Krisengespräch, Depression**
www.aekno.de/leitfaden/depression

2.4. Vermitteln von Informationen

Ziel der Informationsvermittlung sind informierte Patientinnen und Patienten, die in der Lage sind, korrekte Einschätzungen abzugeben zu Diagnose, Art, Durchführung, Ziel, Nutzen und Risiken einer Intervention. Zudem müssen Patientinnen und Patienten informiert sein über Art, Risiken und Nutzen von Alternativen sowie über die Option, nichts zu tun.

Ärztinnen und Ärzte unterschätzen meist die Schwierigkeit, Informationen an eine Person zu übermitteln, die nur über vage medizinische Kenntnisse verfügt. Selbst Grundkenntnisse über die Funktion einer Lunge (bringt Sauerstoff ins Blut) oder des Herzens (pumpt das Blut im Kreislauf herum) sind nicht immer vorhanden.

Daher ist es sinnvoll, während der Vermittlung immer wieder zu überprüfen, wie Patientinnen und Patienten mit Informationen umgehen, ob sie sie in vorbestehende Konzepte einbetten können oder nicht. Je besser es gelingt, mit den neuen Informationen an vorhandenes Wissen anzuknüpfen, desto größer ist die Wahrscheinlichkeit, dass Neues verstanden und behalten wird. Auch bei Patientinnen und Patienten mit einem gewissen Vorwissen (z.B. bei länger bestehendem Diabetes) lohnt es sich, zunächst herauszufinden, was sie bereits wissen, um die neue Information passgenau in das vertraute Weltbild einzufügen.

Informationen erzeugen bei Empfängerinnen und Empfängern häufig Fragen, zum Beispiel zur Bedeutung für die eigene Situation, zu den Konsequenzen im Langzeitverlauf oder zu den Risiken und zum Nutzen einer Intervention. Diese Fragen steuern im Idealfall, wie viele Informationen in welcher Detailgenauigkeit Patientinnen und Patienten benötigen. Um herauszufinden, welche Fragen Patientinnen und Patienten konkret haben, müssen sie die Möglichkeit erhalten, Informationen erst einmal zu verdauen. Daher kommt die Empfehlung, nach zwei bis drei Informationen Pausen einzustreuen und abzuwarten, ob sich Fragen ergeben oder nicht.

Es empfiehlt sich, den Prozess der Informationsvermittlung zu strukturieren: Genau so, wie ein Buch seinen Inhalt in bestimmten Abschnitten präsentiert (Titel, Inhaltsverzeichnis, Kapitelüberschriften, Text, Anhang), sollte Information auch bei mündlicher Übermittlung gegliedert werden.

Beispiel: „Ich möchte mit Ihnen über den Eingriff morgen sprechen, die Spiegelung der Brusthöhle.“ Pause. „Dabei würde ich gerne folgende Punkte besprechen:

1. Warum wir diesen Eingriff machen wollen.
2. Wie genau er ablaufen wird.
3. Was die Risiken des Eingriffs sind.
4. Wie es danach weitergehen wird.“

Pause.

Wenn der Patient bzw. die Patientin mit diesem Vorgehen einverstanden ist, geht es zurück zur ersten Kapitelüberschrift:

„Also, zum ersten Punkt: Warum wir diesen Eingriff machen wollen.“

Dann folgt die detaillierte Information.

Selbst mit einer klaren Gliederung ist die Menge an neuer Information, die ein Mensch überhaupt aufnehmen kann, endlich. Die „Cognitive Load Theory“ geht davon aus, dass das Arbeitsgedächtnis mit sieben (+/-2) Informationen umgehen kann. Eine weitere Einschränkung ergibt sich dadurch, dass ein Mensch bestenfalls zwei bis vier Elemente gleichzeitig bei einer Entscheidung bedenken kann.

Die „Cognitive Load Theory“ geht weiter davon aus, dass die einzelnen Prozessoren des Arbeitsspeichers jeder für sich überlastet werden können. Dies führt zu der Empfehlung, Informationen nicht nur auf einem Kanal zu vermitteln, sondern verschiedene Informationsmedien einzusetzen. Entsprechende Versuche waren zwar nicht immer von Erfolg gekrönt, scheinen aber mit dem Einsatz interaktiver multimedialer Informationsmodule das Behalten und Verstehen von Information zu verbessern.

Wenn es um die Verarbeitung von Informationen geht, die bereits im Langzeitspeicher abgelegt sind, unterliegt dagegen das Arbeitsgedächtnis praktisch keiner Mengenbeschränkung. Für die medizinische Praxis bedeutet dies, dass Patienten, die zum ersten Mal über eine Erkrankung oder einen Eingriff informiert werden, weitaus weniger aufnehmen können, als wir ihnen in der Regel zumuten.

Als letzter Punkt soll erwähnt werden, dass Ärztinnen und Ärzte sehr selten überprüfen, was Patientinnen und Patienten verstanden haben. Die am besten untersuchte, selten angewandte, aber sehr erfolgreiche Technik ist das **„Teach-Back“**: Die Person, welche die Information empfangen hat, vermittelt ihr Verständnis zurück an die informierende Person.

Eine Möglichkeit, das korrekte Verständnis von Informationen zu überprüfen, klingt folgendermaßen:

A: „Ich finde es ganz schön schwierig, diesen Eingriff gut zu erklären. Mich würde vor allem interessieren, was Sie heute Abend Ihrer Partnerin / Ihrem Partner von unserem Gespräch erzählen werden. Dann schau ich mal, ob es etwas gibt, das ich besser erklären muss.“



OP-Aufklärungsgespräch
Kommunikationstechniken zum Vermitteln von Informationen
www.aekno.de/leitfaden/op-aufklaerung

Literatur

- Armstrong K. et al.: Using survival curve comparisons to inform patient decision making. Can a practice exercise improve understanding? J Gen Intern Med. 2001; 16: 482–5.
- Cohn E., Larson E.: Improving participant comprehension in the informed consent process. J Nurs Scholarsh. 2007; 39: 273–80.
- Edwards A. G. et al.: Personalized risk communication for informed decision making about taking screening tests. Cochrane library 2008.
- Langewitz W. et al.: Improving patient recall of information: Harnessing the power of structure Patient Educ Couns. 2015 Jun; 98 (6): 716–21.
- Siegrist V, Mata R, Langewitz W, Gerger H, Furger S, Hertwig R, Bingisser R. Does information structuring improve recall of discharge information? A cluster randomized clinical trial. PLoS One. 2021 Oct 18;16(10):e0257656. doi: 10.1371/journal.pone.0257656. PMID: 34662341; PMCID: PMC8523048.
- Talevski J, Wong Shee A, Rasmussen B, Kemp G, Beauchamp A. Teach-back: A systematic review of implementation and impacts. PLoS One. 2020 Apr 14;15(4):e0231350. doi: 10.1371/journal.pone.0231350. PMID: 32287296; PMCID: PMC7156054.
- Turner P., Williams C.: Informed consent: patients listen and read, but what information do they retain? N Z Med J. 2002; 115: 218–25.
- Watson P. W., McKinstry B.: A systematic review of interventions to improve recall of medical advice in healthcare consultations. J R Soc Med. 2009; 102: 235–43.
- van der Meulen N. et al.: Interventions to improve recall of medical information in cancer patients: a systematic review of the literature. Psycho-Oncology. 2008; 17: 857–68.

2.5. Umgang mit divergierenden Konzepten

Es ist eher die Ausnahme, dass Patient/Patientin und Arzt/Ärztin die gleichen Vorstellungen über die Erkrankung und deren Behandlung haben. Besteht eine genügend große gemeinsame Schnittmenge der Vorstellungen, so stören die übrigen Unterschiede wenig. Divergieren jedoch die Konzepte von Arzt/Ärztin und Patient/Patientin stark, so kann dies eine sinnvolle Diagnostik und Therapie unmöglich machen.

Beispiel: Der Patient ist überzeugt, dass er zu viele Medikamente einnimmt. Die mögliche Medikamenteninteraktion sieht er als gefährlich an, weswegen er die Medikamente auf die Hälfte reduziert. Er nimmt nur jene Medikamente weiter ein, die nicht allzu groß sind und die gegen seine Schlaflosigkeit helfen. Er hätte sein Vorgehen nie mit seinem Arzt besprochen, wenn der ihn nicht bei einem Hausbesuch nach der Schachtel für die Medikamenteneinnahme gefragt hätte.

Die folgenden Gesprächstechniken und Schritte eignen sich zur Exploration des Patientenkonzepts und zum Verhandeln:

Daran denken und ansprechen: Oft sind sich Ärztinnen und Ärzte nicht bewusst, dass Patientinnen und Patienten von ihnen stark abweichende Krankheitskonzepte haben. Patientinnen und Patienten berichten selten spontan von ihren Konzepten, sondern zeigen Verhaltensweisen, die für Ärztinnen und Ärzte irritierend sind.

Beispiel: „Viele Patientinnen und Patienten haben Mühe, die vielen Medikamente regelmäßig einzunehmen. Wie ist das bei Ihnen?“

Konzept der Patientin bzw. des Patienten explorieren: Zur Exploration des Konzepts der Patientin bzw. des Patienten ist das „Common Sense model of illness“ von Leventhal gut geeignet:

- Was ist das? (Identity)
- Was ist die Ursache? (Cause)
- Was sind die Folgen? (Consequences)
- Wie ist der zeitliche Verlauf? (Time Line)
- Wie kann man das behandeln? (Control)

Die Patientin bzw. der Patient soll durch patientenzentrierte Gesprächstechniken zum Erzählen gebracht werden. Patientinnen und Patienten wissen, dass ihr Konzept oft nicht mit dem der Ärztin oder des Arztes übereinstimmt, und das Offenlegen kann als Vertrauensbeweis für

die Ärztin oder den Arzt angesehen werden. Oft haben die Patientinnen und Patienten kein vollständiges Konzept, sie haben nur über bestimmte Anteile des „Common Sense model of illness“ nachgedacht.

Funktionelle Anteile des Konzeptes anerkennen: Nach der Zusammenfassung des Patientenkonzeptes versucht die Ärztin oder der Arzt, die funktionellen Anteile des Patientenkonzeptes anzuerkennen.

Gibt es wenige oder keine brauchbaren Anteile, kann der Arzt / die Ärztin erwidern:
„Ich finde es gut, dass Sie so offen mit mir über Ihre Mühe sprechen, die Medikamente einzunehmen, und Ihre Gründe darlegen ...“

Dysfunktionale Anteile des Konzeptes ansprechen und eigenes medizinisches Konzept offenlegen: Nachdem die brauchbaren Anteile des Patientenkonzeptes besprochen wurden, sollten direkt und nicht moralisierend die dysfunktionalen Anteile des Patientenkonzeptes angesprochen werden.

Beispiel: „Ich kann verstehen, dass Sie keine unnötigen Medikamente einnehmen wollen. Wenn Sie aber die Hälfte der verordneten Dosis einnehmen, haben Sie nicht die Hälfte der erwünschten Wirkung, sondern gar keine Wirkung.“

Bevor der Arzt / die Ärztin das eigene medizinische Konzept erklärt, ist es wichtig, zunächst das Interesse an und die Motivation des Patienten / der Patientin für eine alternative Sichtweise zu erfragen.

Beispiel: „Wollen Sie wissen, wie ich das sehe?“

Die meisten Patientinnen und Patienten stimmen dem zu. Bei den seltenen Ausnahmen ist der Versuch der Wissensvermittlung zum jetzigen Zeitpunkt nicht sinnvoll und anderes muss zuerst geklärt werden.

Verhandeln (braucht Zeit): Wenn der Arzt / die Ärztin das Konzept des Patienten / der Patientin kennt, ist es oft einfacher, in einen Verhandlungsprozess einzutreten.

Beispiel: „Ich kann verstehen, dass Sie nicht unnötig Medikamente einnehmen wollen. Wie wäre es mit der Einsparung dieser Medikamente, weil Sie durch eine Umstellung Ihrer Lebensweise schon viel erreichen können?“

Gemeinsames Konzept erarbeiten und mit Patienten/Patientin überprüfen: Nach unterschiedlicher Verhandlungsdauer sollte der Arzt / die Ärztin das gemeinsame Konzept zusammenfassen und auf die Reaktion des Patienten / der Patientin warten.

Beispiel: „Also ich fasse zusammen: Sie nehmen ab sofort das eine Medikament in der Dosierung wie besprochen. Dafür lassen Sie die beiden anderen Medikamente weg und stellen Ihre Lebensweise um.“

Pause.

P.: „Ok.“

A.: „Die Umstellung ist oft nicht einfach. Sind Sie mit dem Versuch einverstanden?“

P.: „Ich möchte es versuchen.“



Umgang mit divergierenden Konzepten
Somatoforme Störung
www.aekno.de/leitfaden/somato-beratung



Somatoforme Störung Erstgespräch
www.aekno.de/leitfaden/somato-erstgesprach

Literatur

Leventhal H., Brissette I., Leventhal E. A.: The common-sense model of self-regulation of health and illness. In: Cameron L. D., Leventhal H. (Hrsg.): The Self-Regulation of Health and Illness Behavior. Routledge, London 2003, S. 42–65.
Miller W. R., Rollnick S.: Motivational interviewing: Preparing people to change addictive behavior. Guilford Press, New York 1991.

2.6. Gemeinsame Entscheidungsfindung

Die Arzt-Patient-Beziehung hat in den letzten Jahrzehnten einen Paradigmenwechsel weg von einem benevolenten paternalistischen hin zu einem patientenzentrierten Ansatz durchlaufen. Patientinnen und Patienten wechseln aus passiven in aktive Rollen und möchten als mündige und informierte Personen in die medizinischen Entscheidungs- und Behandlungsprozesse eingebunden sein (Mortsiefer et al. 2015). Patientinnen und Patienten sind Expertinnen und Experten für ihre Lebenssituationen, Werte und Wünsche; Ärztinnen und Ärzte sind Exper-

tinnen und Experten für die medizinische Evidenz und haben Erfahrung – sie begegnen sich hier auf Augenhöhe. Das aktuelle Behandlungsziel und die zu dessen Erreichung dienlichen Behandlungsentscheidungen werden auf der Grundlage der medizinisch möglichen Optionen und geteilter Informationen von selbstbestimmten Patientinnen und Patienten festgelegt (Informed Consent / Informed Refusal), nachdem diese durch einen anspruchsvollen, emotionale und kognitive Elemente verbindenden (Elwyn 2021) Interaktionsprozess gemeinsamer Entscheidungsfindung mit der Ärztin oder dem Arzt (Shared Decision Making, auch mit „partizipative Entscheidungsfindung“ übersetzt) hierzu spezifisch befähigt worden sind. Am Ende dieses Prozesses steht eine gemeinsam verantwortete Übereinkunft der gleichberechtigten Partnerinnen und Partner über die medizinische Behandlung (Bieber et al. 2016) – oder auch der Verzicht auf Behandlung. Das Patientenrechtegesetz (§ 630 BGB) regelt, dass Patientinnen und Patienten ihre Entscheidungen wohlüberlegt treffen können.

In welchen medizinischen Situationen eine **gemeinsame Entscheidungsfindung** angemessen umsetzbar ist, hängt von verschiedenen Faktoren ab: **Einwilligungsfähigkeit** der Patientin oder des Patienten, **Dringlichkeit der Entscheidung** und **Bedeutung der medizinischen Entscheidung** für den Lebensalltag der Patientin oder des Patienten.

- Bei eindeutig bewusstseinsgestörten oder desorientierten Patientinnen und Patienten tritt die fürsorgliche Entscheidung der Ärztin oder des Arztes zugunsten des vermuteten Patientenwohls an die Stelle der Entscheidung der Patientin oder des Patienten. Für solche Situationen kann der Patientenwille Berücksichtigung finden, indem die Patientin oder der Patient schon viel früher befähigt wird, sich im Voraus, also im Rahmen eines vorweggenommenen Entscheidungsfindungsprozesses (gesundheitliche Versorgungsplanung; Advance Care Planning) damit auseinanderzusetzen, Präferenzen für künftige Behandlungsentscheidungen zu benennen und ggf. wirksam in einer Patientenverfügung zu dokumentieren (Höfling et al. 2019).
- Bei Patientinnen und Patienten mit eingeschränkter Entscheidungsfähigkeit, z. B. aufgrund einer mittelgradigen Demenz oder einer intellektuellen Beeinträchtigung, können Anpassung von Wortwahl und Gesprächsführung eine Beteiligung der Patientin oder des Patienten an der Entscheidung ermöglichen (assistierte Autonomie).
- Akut lebensbedrohlich erkrankte Patientinnen und Patienten sind kognitiv und emotional häufig nur eingeschränkt aufnahme- und entscheidungsfähig. Die Ärztin oder der Arzt kann hier wegen der Dringlichkeit der Entscheidung einige Handlungsschritte der gemeinsamen Entscheidungsfindung überspringen. Eine möglichst weitgehende Information und Einbeziehung der Patientin oder des Patienten sollten im Rahmen des medizinisch Vertretbaren trotzdem versucht werden.

- Die Entscheidung über die Behandlung trifft immer die Patientin / der Patient. Im medizinischen Alltag kann und wird der Interaktionsprozess der gemeinsamen Entscheidungsfindung mit einer empathischen und patientenzentrierten Haltung der Ärztin oder des Arztes (Lundeby et al. 2015) in einfachen Entscheidungssituationen oft sehr verkürzt ablaufen, um Zeit angemessen zu nutzen. Je komplexer die Entscheidungssituation ist und je stärker mögliche Therapiemaßnahmen in den Lebensablauf und -alltag der Patientin oder des Patienten eingreifen (z. B. Einschränkung der Fahrtüchtigkeit durch Arzneimittel; Chemotherapie in der Onkologie, insbesondere bei starken Nebenwirkungen und begrenztem Überlebensvorteil), desto mehr ergibt sich die Notwendigkeit, in Ruhe – ggf. in mehreren Gesprächen – die Werte, Ziele und Präferenzen der Patientin oder des Patienten für die gemeinsame Abwägung geeigneter Therapieverfahren zu erarbeiten.

Die Mehrheit der Patientinnen und Patienten in Deutschland wünscht sich eine gemeinsame Entscheidungsfindung. Die Qualität der Behandlungsergebnisse und die Zufriedenheit der Patientinnen und Patienten und der Behandelnden sind höher als bei Anwendung des paternalistischen Entscheidungsmodells. Trotzdem werden im medizinischen Alltag viele Entscheidungen im ambulanten und stationären Bereich (noch) anders getroffen, unter anderem, weil Ärztinnen und Ärzte wie Patientinnen und Patienten dafür nicht ausreichend befähigt sind, etwa in den Bereichen Kommunikation, evidenzbasierte Medizin und Gesundheitskompetenz. Für beide, Behandelte wie Behandelnde, gibt es spezifische Informations- und Trainingsprogramme (siehe Kapitel 4.) sowie evidenzbasierte Entscheidungshilfen, die zur Vorbereitung der Entscheidungsfindung (z. B. auf www.gesundheitsinformation.de) oder während des Gesprächs (z. B. www.arriba-hausarzt.de) eingesetzt werden (Légaré et al. 2018; NICE 2021).

Die Umsetzung einer gemeinsamen Entscheidungsfindung kann nach Härter (2004), Makoul et al. (2006), Berger-Höger et al. (2019) und Elwyn (2020; 2021) folgende Handlungsschritte der Ärztin oder des Arztes umfassen, wobei die Reihenfolge als Orientierung und nicht als fest definierter Ablauf angesehen werden soll. Die Tiefe des gemeinsamen Reflexionsprozesses wird meist im Verhältnis zur Komplexität und Herausforderung der Entscheidungssituation stehen.

Gespräch über Patient/Patientin und Arzt/Ärztin als Partner/Partnerin:

- klar und verständlich mitteilen, dass eine Entscheidung ansteht
- das Gesundheitsproblem definieren
- Gleichberechtigung der Beteiligten formulieren
- ein Beziehungs- und Unterstützungsangebot formulieren
- die (übergeordneten) Behandlungsziele des Patienten / der Patientin erarbeiten

Beispiel: „Als Erstes ist es für mich wichtig zu verstehen, welche Behandlungsziele für Sie im Vordergrund stehen.“

Gespräch über die Möglichkeiten:

- über Wahlmöglichkeiten informieren
- über Vor- und Nachteile der Optionen verständlich informieren (Nutzen/Schaden, Chancen/Risiken, im weitesten Sinn auch: Kosten)
- die Optionen gemeinsam vergleichen und in Bezug zu den Zielen setzen

Beispiel: „Es gibt mehrere Wege, um mit dem Problem umzugehen; aus der Medizin heraus gibt es nicht die einzig richtige Behandlung. Jede davon hat unterschiedliche Vorteile und Risiken. Letztlich geht es darum, wie Sie die medizinischen Erkenntnisse für sich bewerten.“

Gespräch über die Entscheidung:

- Verständnis, Gedanken, Gefühle und Erwartungen des Patienten / der Patientin erfragen (Krankheitskonzept)
- Werte und Präferenzen des Patienten / der Patientin ermitteln

Beispiel: „Was sind Ihre Überlegungen zu den verschiedenen Möglichkeiten? Was geht Ihnen durch den Kopf?“

- Ressourcen, Fähigkeiten und Selbstwirksamkeit des Patienten / der Patientin würdigen
- ggf. auf Wunsch des Patienten / der Patientin: ärztliche Empfehlung, etwa vor dem Hintergrund der Erfahrung, wie in anderen ähnlich gelagerten Fällen meist entschieden wird, oder der jahrelangen Kenntnis der behandelten Person und ihres psychosozialen Hintergrunds (jedoch stets verbunden mit der Klarstellung, dass dies nur ein Beitrag zur Entscheidungsfindung sein will und kann)
- gemeinsame Reflexion der von der behandelten Person signalisierten Präferenz in Bezug auf ihre Ziele
- die Entscheidung des Patienten / der Patientin ankündigen und herbeiführen
- weiteres Vorgehen und Zeitpunkt der erneuten Bewertung der Entscheidung vereinbaren

Beispiel: „Sie haben sich nach unseren gemeinsamen Abwägungen jetzt für diese Möglichkeit entschieden. Als nächsten Schritt müssen wir ... Ich schlage vor, dass wir gemeinsam in einem Gespräch in 4 Wochen Ihre Entscheidung noch einmal anschauen und besprechen.“

Die Position der ärztlichen Fachperson in dieser gleichberechtigten Beziehung ist nicht etwa ‚wertneutral‘, wie es häufig falsch verstanden wird, sondern sie kann sich bei allem Respekt ggf. auch kritisch äußern bis hin zur unmissverständlichen Mitteilung von Sorge, Unverständnis oder Ratlosigkeit, die eine aus ärztlicher Sicht unverantwortlich erscheinende Entscheidung des Patienten / der Patientin hervorrufen kann – im Sinne von Balints ‚Droge Arzt‘, allerdings im Bewusstsein der möglichen manipulativen Nebenwirkungen dieser Droge.

Die gemeinsame Entscheidungsfindung gibt der behandelten Person auch die Möglichkeit zu wählen, in welchem Maße sie sich in den Entscheidungsfindungsprozess einbringen will. Dabei ist zu beachten, dass die von Ärztinnen und Ärzten oft zitierte Bitte des Patienten / der Patientin, die Entscheidung doch besser ärztlicherseits zu treffen, Ausdruck vermuteter sozialer Erwünschtheit und mangelnden Vorstellungsvermögens eines gemeinsamen Prozesses auf Augenhöhe sein kann. Viele Patientinnen und Patienten profitieren dann von einer Ermüdung durch die Ärztin oder den Arzt.

Wenn von der betroffenen Person gewünscht, kann die Einbeziehung ihrer Familie oder von anderen Bezugspersonen in den Interaktionsprozess hilfreich sein, um die Person zu einer wohlüberlegten Entscheidung zu befähigen – aber nicht, um an ihrer Stelle zu entscheiden.

Beispiel: „Möchten Sie Familienmitglieder oder Freunde zu unserem nächsten Gespräch mitbringen? (Wenn ja:) Sie könnten Ihnen vielleicht helfen, sich aktiv ins Gespräch einzubringen, und sich die Einzelheiten merken oder notieren, die wir gemeinsam besprochen haben.“

Die Aufgabe von Ärztinnen und Ärzten ist also nicht, Patientinnen und Patienten durch gezielte, ggf. manipulative Kommunikation zu der aus ärztlicher Sicht ‚richtigen‘ Entscheidung zu bringen (‚ich kenne den Patienten und weiß, was das Richtige für ihn ist‘; ‚so steht es in der Leitlinie‘). Sie sollen Patientinnen und Patienten im Interaktionsprozess der gemeinsamen Findung der Entscheidung befähigen, ihre eigenen, für sie richtigen Entscheidungen wohlüberlegt zu treffen. Patientinnen und Patienten haben keinen Anspruch auf Maßnahmen, die medizinisch nicht indiziert bzw. nicht vertretbar sind. In Fällen, wo diesbezüglich Differenzen auftreten (siehe Kapitel 2.5.), sollte mit den Patientinnen und Patienten erwogen werden, ob die Einholung einer Zweitmeinung weiterführend ist. Doch behalten sie stets das letzte Wort darüber, ob eine medizinische Maßnahme durchgeführt werden darf oder nicht, und welche der medizinisch vertretbaren Optionen zur Anwendung kommen soll.

Um patientenzentriert kommunizieren und gemeinsame Entscheidungsfindung umsetzen zu können, brauchen Ärztinnen und Ärzte

- eine Reflexion der eigenen empathischen, patientenzentrierten Haltung, die ärztliche Fürsorge darin versteht, Patientinnen und Patienten zu den für sie richtigen Entscheidungen zu befähigen, und die ihnen dafür ein Beziehungsangebot macht,
- ein Bewusstsein des Machtgefälles in der Arzt-Patient-Beziehung,
- ein Bewusstsein für die eigenen ökonomischen Interessenskonflikte und die der Institution, in der sie arbeiten,
- kommunikative Kompetenzen zum Erfragen der Krankheitskonzepte, Werte und Präferenzen der Patientinnen und Patienten (siehe Kapitel 2.) und zum Umgang mit Emotionen (NURSE-Modell, siehe Kapitel 2.3.),
- Kompetenzen in der ergebnisoffenen Kommunikation von Nutzen und Risiko (z. B. das Vermitteln von Eintrittswahrscheinlichkeiten) und
- gute Kenntnisse der auf den jeweiligen Fall bezogenen bestverfügbaren Evidenz und der vorhandenen Entscheidungshilfen für Patientinnen und Patienten.



Entscheidungsfindung
Bandscheibenvorfall und Diabetes mellitus Typ 2
www.aekno.de/leitfaden/entscheidung

Literatur

- Berger-Höger B., Steckelberg A. im Auftrag des Netzwerks evidenzbasierte Medizin e. V. Gemeinsam informiert entscheiden – Wie bezieht man Patientinnen und Patienten in die medizinische Entscheidungsfindung ein? KVV-Journal 2019; (7-8): 18–21.
- Bieber C., Gschwendtner K., Müller N., Eich W.: Partizipative Entscheidungsfindung (PEF) – Patient und Arzt als Team. Psychother Psych Med 2016; 66: 195–207.
- Elwyn G, Vermunt NPCA. Goal-based shared decision-making: developing an integrated model. J Patient Experience 2020; 7(5): 688–96.
- Elwyn G. Shared decision making: What is the work? Patient Educ Couns 2021; 104: 1591–5.
- Härter M.: Partizipative Entscheidungsfindung (Shared Decision Making) – ein von Patienten, Ärzten und der Gesundheitspolitik geforderter Ansatz setzt sich durch. Z ärztl Fortbild Qual Gesundheitswes 2004; 98: 89–92.
- Höfling W, Otten T, in der Schmitten J, Hrg.: Advance Care Planning / Behandlung im Voraus planen als Instrument einer patientenzentrierten Gesundheitsversorgung; juristische, theologische und medizinethische Perspektiven. Baden-Baden: Nomos; 2019.
- Légaré F, Adekpedjou R, Stacey D, Turcotte S, Kryworuchko J, Graham ID, Lyddiatt A, Politi MC, Thomson R, Elwyn G, Donner Banzhoff N.: Interventions for increasing the use of shared decision making by healthcare professionals. Cochrane Database of Systematic Reviews 2018, Issue 7. Art. No.: CD006732.
- Lundeby T, Gulbrandsen P, Finset A.: The Expanded Four Habits Model – A teachable consultation model for encounters with patients in emotional distress. Patient Educ Couns 2015; 98(5): 598–603.
- Makoul G, Clayman ML.: An integrative model of shared decision making in medical encounters. Patient Educ Couns 2006; 60(3): 301–12.
- Mortsiefer A, Gummersbach E, Ilse K, Leve V, Pentzek M, Santos S, Wilm S. Kommunikation: Zentraler Bestandteil jeder ärztlichen Tätigkeit in der Patientenversorgung. In: Ärztekammer Nordrhein (Hrsg.) Kommunikation. Festschrift anlässlich des 117. Deutschen Ärztetages 2014. Düsseldorf 2015. S. 25–65.
- National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Shared decision making guideline. NICE 2021.



Verstehen

Zuhören
Fragen
Eingehen
Spiegeln

Führen

Struktur
Stellung nehmen / Hypothese
Zusammenfassen

Kapitel 3

Heranführen an spezifische Gesprächssituationen

3. Heranführen an spezifische Gesprächssituationen

3.1. Erstgespräch

Der erste Kontakt mit einem anderen Menschen birgt die große Chance, sich einen ersten Eindruck zu verschaffen. Mit diesem Begriff ist das umfassende und im Einzelnen nicht zu erklärende Phänomen angesprochen, dass wir oft einen eindeutigen Eindruck vom Gegenüber haben, der weit über das hinaus geht, was wir an einzelnen Fakten von ihm wissen. Ein typisches klinisches Anwendungsbeispiel wird vor allem pädiatrischen Fachkräften vertraut sein: Dass ein Kind krank ist, kann spürbar sein, ohne dass sich dieser Eindruck so einfach wie in der Erwachsenenmedizin mit einem Laborbefund oder einem bildgebenden Verfahren verifizieren ließe.

In der tiefenpsychologischen Psychotherapie wird diesem ersten Eindruck große diagnostische Bedeutung beigemessen: Es gilt, dass im ersten Eindruck atmosphärisch und szenisch wie in der Ouvertüre eines Musikstücks bereits im Kleinen alle wichtigen Themen des Patienten / der Patientin dargestellt sind. Hierfür ist es aber notwendig, dass sich dieser erste Eindruck entfalten kann und dem Patienten / der Patientin zu Beginn des Gesprächs möglichst viel Raum gegeben wird.

Im idealtypischen Erstgespräch lassen sich zwei grundlegend verschiedene Modi unterscheiden:

- Phasen, in denen Ärztinnen und Ärzte nicht wissen, worum es geht, in denen sie keine Hypothesen zur Art des Problems formulieren können, geschweige denn zur weiterführenden Diagnostik
- Phasen, in denen sie Hypothesen haben, die sie durch gezieltes Explorieren überprüfen

Um Hypothesen zu generieren, sind gezielte Fragen sinnlos, denn das Ziel ist nicht bekannt. Hier ist es angebracht, dem Patienten / der Patientin einen Erzählraum zu öffnen, zum Beispiel mit der unter 2.2. beschriebenen Technik WWSZ. Um Hypothesen zu überprüfen, sind gezielte Fragen geeignet, die der Präzision oder Unschärfe der Arbeitshypothese angemessen sein sollten.

Beispiele:

- Die Frage „Haben Sie in letzter Zeit vermehrt Probleme beim Atmen gehabt?“ zielt eher auf eine sich verschlechternde Herz- oder Lungenfunktion.
- Die Frage „Haben Sie denn die Wassertabletten in letzter Zeit nicht mehr so regelmäßig genommen?“ zielt punktgenau auf vermutete Probleme mit der Therapietreue.

Ein besonderes Problem ergibt sich bei kontinuierlichen Kontakten bei Hausärztinnen und Hausärzten oder bei Visiten bei längerem stationärem Aufenthalt, weil Ärztinnen und Ärzte dazu neigen anzunehmen, sie wüssten, was sie bei einer Patientin oder einem Patienten erwarten können. Es wäre hilfreich, jedes Gespräch, in dem beispielsweise neue Befunde besprochen werden, wie ein Erstgespräch anzusehen, sodass sich die zu behandelnde Person von einer bisher nicht gekannten Seite zeigen kann – wenn sie denn die Möglichkeit dazu erhält und nicht innerhalb weniger Sekunden von der ärztlichen Fachperson daran gehindert wird.

3.2. Anamneseerhebung

Das nachfolgende Schema gilt in Situationen, in denen mindestens 15 Minuten für das Erheben einer Anamnese zur Verfügung stehen. Wenn dies nicht gewährleistet ist oder ein akutes Krankheitsbild vorliegt, gilt die Beschränkung auf „Jetziges Leiden“ und „Spezielle Anamnese“; ausgewählte Fragen zur Eigenanamnese oder zur Systemanamnese sind dann indiziert, wenn sie die Diagnostik oder die Notfalltherapie beeinflussen könnten (z. B. Allergien, Unverträglichkeiten, aktuelle Medikation). Um die einzelnen Abschnitte einer typischen Anamnese zu charakterisieren, findet sich am Anfang jeweils eine Frage, die unter dem betreffenden Titel beantwortet wird.

Jetziges Leiden

Angaben in diesem Abschnitt beantworten die Frage: Warum kommt der Patient / die Patientin jetzt zum Arzt / zur Ärztin?

Wenn das Problem unmittelbar ersichtlich ist (z. B. blutende Wunde, akute Luftnot etc.), erübrigt sich u. U. eine ausführliche Anamnese zum jetzigen Leiden. In allen anderen Fällen lassen sich die kommunikationstechnischen ärztlichen Aufgaben bei der Erhebung des jetzigen Leidens in solche unterscheiden, die den Gesprächsraum für Patientinnen und Patienten eröffnen, und solche, die den Freiraum einschränken, indem der Arzt oder die Ärztin eindeutig die Gesprächsführung übernimmt. Diese Techniken sind im Folgenden noch einmal zusammengestellt (s. auch Kap. 2.1. & 2.2.).

Freiraum schaffen für Patientinnen und Patienten

- Gesprächstechniken einsetzen, die Patientinnen und Patienten den Raum verschaffen, ihre Probleme ausreichend deutlich darzustellen: Warten, Wiederholen
- Mit Spiegeln, Zusammenfassen und Benennen von Emotionen den Patientinnen und Patienten zeigen beziehungsweise sicherstellen, dass ihre Ausführungen gehört und korrekt verstanden werden

[Während die betroffene Person spricht, stellen sich zwei Aufgaben: einen ersten Eindruck bekommen und in ihren Aussagen ein diagnostisch oder therapeutisch verwertbares Muster entdecken.]

Freiraum einschränken und das Rederecht übernehmen

Wenn der Patient / die Patientin das Rederecht an die ärztliche Fachperson übergibt und diese weiß, worum es geht, wenn sie ein Muster in den Angaben des Patienten / der Patientin entdeckt hat und eine Arbeitshypothese formulieren kann, bringt die Fachperson ihre Sichtweise ein:

- Übernahme der Gesprächsföhierung ankündigen (**Struktur**)
- Gegebenenfalls **Zusammenfassung** mit einer ersten Information über die **ärztlichen Hypothesen**
- Erweiterung der **Symptombeschreibung** mit Fragen nach:
 - **Zeit:** Wann das erste Mal aufgetreten, Dauer, Verlauf?
 - **Ort:** Wo am deutlichsten, Ausstrahlung?
 - **Qualität:** Wie lässt es sich beschreiben, wie intensiv ist es? Begleitsymptome?
 - **Einflussfaktoren:** Was macht es schlimmer, was macht es erträglicher?

Spezielle Anamnese

Angaben in diesem Abschnitt beantworten die Fragen:

- Hat die betroffene Person so etwas (diese Erkrankung) schon einmal gehabt? Wie sah die Behandlung aus?
- Bei Hinweis auf spezifisches Krankheitsgeschehen gezieltes Nachfragen
- Gesprächstechniken einsetzen, bei denen Patientinnen und Patienten möglichst präzise Angaben machen können (fokussierende Fragen, geschlossene Fragen)

Eigenanamnese / persönliche Anamnese

Angaben in diesem Abschnitt beantworten die Fragen:

- War diese Person in ihrem bisherigen Leben jemals krank? Wurde sie jemals operiert? Wie hat sie bestimmte Lebensabschnitte (Kindheit, Adoleszenz, bei Patientinnen Schwangerschaften, Geburten usw.) bewältigt?
- Je nach Interesse der Fachperson und verfügbarem Zeitrahmen wird erneut ein offener Gesprächsraum zur Verfügung gestellt mit patientenzentrierter Kommunikation, oder die Fachperson steuert den Gesprächsverlauf mit **fokussierenden** und **geschlossenen** Fragen

Systemanamnese / vegetative Anamnese

Angaben in diesem Abschnitt beantworten die Fragen:

- Gibt es irgendwelche Hinweise darauf, dass in einem physiologischen System des Patienten bzw. der Patientin (Atmung, Kreislauf, Ernährung usw.) Besonderheiten auftreten? Gibt es andere Symptome, die nicht spontan erwähnt wurden?
- Normalerweise ist dies der Abschnitt der Anamnese, in dem der Arzt bzw. die Ärztin eine Serie von geschlossenen oder fokussierenden Fragen stellt (s. Listen auf den typischen Anamneseschemata; hier auch Fragen nach Medikamenten, Nebenwirkungen, Genussmitteln, ggf. Lebensgewohnheiten, Allergien etc.)

Familienanamnese

Angaben in diesem Abschnitt beantworten die Fragen:

- Gibt es ähnliche Krankheitsbilder in der Familie?
- Gibt es Erkrankungen mit Vererbungstendenz in der Familie (z. B. Hochdruck, Depression, Typ-II-Diabetes, bestimmte Tumorerkrankungen)?
- In diesem Abschnitt ist **explizites Strukturieren** wichtig: Die betroffene Person sollte wissen, warum der Arzt bzw. die Ärztin sich für die Familiengeschichte interessiert und wie detailliert sie informiert werden möchte
- Es überwiegen fokussierende und geschlossene Fragen

Sozialanamnese

Angaben in diesem Abschnitt beantworten die Fragen:

- Unter welchen sozialen Bedingungen lebt diese Person?
- Wie geht sie mit der Erkrankung im Alltag um?
- Welche eigene Vorstellung hat der Patient bzw. die Patientin von der Erkrankung?
- Wenn es keine spezifischen Hinweise beispielsweise auf berufsbedingte Erkrankungen gibt (z. B. Kontaktallergien, Schlafstörungen bei Schichtarbeit), Gesprächsraum öffnen für die betroffene Person mit **patientenzentrierter Kommunikation**; sonst fokussierende Fragen
- Nach Abschluss der vollständigen Anamnese zusammenfassen und informieren über die Arbeitshypothesen und die nächsten Schritte in Diagnostik und Therapie

Besonderheiten in den einzelnen Fächern

Gerade in der vegetativen Anamnese wird deutlich, dass die einzelnen Fächer unterschiedlich genaue Angaben zu einzelnen Organsystemen oder funktionellen Systemen fordern (z. B. in der Gynäkologie: Menarche, Regelanamnese, Art der Geburten, Menopause usw.).

Für einzelne Krankheitsbilder gibt es spezielle Fragen, mit denen in der **speziellen Anamnese** der Schweregrad einer Erkrankung eingeschätzt wird (z. B. schmerzfreie Gehstrecke bei der PAVK oder Barthel-Index zur Erfassung grundlegender Alltagsfunktionen).

Literatur

Medizinisches Wissensportal der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) und der Bundesärztekammer (BÄK) unter:
<http://patientensicherheit-online.de/h5s> [Stand: 18.03.2015]
Leitfaden „Bestmögliche Arzneimittelanamnese“ im Rahmen der High 5s-SOP „Medication Reconciliation“ des Ärztlichen Zentrums für Qualität in der Medizin (gemeinsames Institut von BÄK und KBV) unter:
<http://www.kh-cirs.de/faelle/pdf/bestmoegliche-arzneimittelanamnese-leitfaden.pdf> [Stand: 18.03.2015]

3.3. Arzneimittelanamnese

Die meisten Patientinnen und Patienten glauben, dass ihre Ärztinnen und Ärzte ihre aktuelle Therapie gut kennen, was tatsächlich nur ausnahmsweise der Fall ist (Serper et al. 2013). Zudem können viele Patientinnen und Patienten nicht mit Sicherheit einschätzen, was in der Medizin als Arzneimittel gilt (Send et al. 2018). Eine gute Arzneimittelanamnese braucht Zeit und wird umfassender, wenn sie mehrzeitig durchgeführt wird (Rieger et al. 2004); die Verwendung mehrerer Quellen (Patientin bzw. Patient, behandelnde Ärztinnen und Ärzte, Stammapotheke, Angehörige, Pflegedienst, Medikationsplan, Arztberichte, elektronische Akten, Durchsicht aller zu Hause vorhandenen Arzneimittelpackungen [Brown-Bag-Methode]) kann helfen, wichtige und oft risikoreiche Informationslücken zu schließen (ÄzQ 2013).

Die **vier Hauptziele** der Arzneimittelanamnese sind,

- **die aktuelle Exposition des Patienten bzw. der Patientin mit verordneten und mit nicht verschreibungspflichtigen Arzneistoffen umfassend zu kennen**
(um sie mit dem aktuellen Krankheitszustand [Therapieerfolg, Nonresponse, unerwünschte Arzneimittelwirkungen] in Beziehung zu setzen, ihre Qualität zu prüfen [Dosierungen, Wechselwirkungen, Gegenanzeigen, potenziell inadäquate oder fehlende Medikamente] und neu zu verordnende Arzneistoffe darauf abzustimmen),
- **wichtige frühere Erlebnisse und Ereignisse mit Arzneistoffen zu erfahren**
(Beurteilung der Ergebnisqualität des Medikationsprozesses: gutes/schlechtes Ansprechen, Allergie, Unverträglichkeit),
- **die aktuelle Prozess- und Strukturqualität der Arzneimittelverabreichung sowie Möglichkeiten und Grenzen des Patienten bzw. der Patientin zu (er)kennen**
(Handhabung von Verpackung [Blistern], schwierigen Arzneiformen [Pflaster] und Hilfsmitteln [Inhalatoren, Spritzen, Augentropfen-Applikatoren], Zubereitung [Tabletten teilen,

mörsern, suspendieren], Schluckbarkeit [Kapseln, Tabletten], Abhängigkeit von der Hilfe Dritter) und

- **die Grundeinstellung des Patienten bzw. der Patientin und die Wirklichkeit der Einnahme für jedes einzelne Arzneimittel zu kennen**
(Präferenzen und Therapieziele des Patienten / der Patientin, Vorhandensein von Nonadhärenz, divergierenden Konzepten oder technischen Schwierigkeiten).

Die Erhebung der aktuellen Exposition ist fast immer lückenhaft und selbst mehrfache Erhebungen durch verschiedene Fachpersonen der Heilberufe führen nicht zu einer kompletten Übersicht (Carow et al. 2013). Häufig übersehen werden nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel (Vitamine, Schmerz- und Magenmittel, pflanzliche Produkte, Homöopathika und Anthroposophika) und Arzneimittel zur Behandlung von Augenkrankheiten, urologischen Leiden, psychischen Erkrankungen oder Schlafstörungen, weshalb gezielt danach gefragt werden soll.

Literatur

Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin (ÄZQ) in Zusammenarbeit mit dem Institut für Patientensicherheit und den Projektkrankenhäusern unter: <http://www.patienten-information.de/mbd/edocs/pdf/patientensicherheit/leitfaden-arzneimittelanamnese.pdf> [Stand: 19.03.2015]
Carow F, Rieger K, Walter-Sack I, Meyer MR, Peters FT, Maurer HH, Haefeli WE. Objective assessment of nonadherence and unknown co-medication in hospitalized patients. Eur J Clin Pharmacol 2012; 68: 1191–9.
Rieger K, Scholer A, Arnet I, Peters FT, Maurer HH, Walter-Sack I, Haefeli WE, Martin-Facklam M. High prevalence of unknown co-medication in hospitalised patients. Eur J Clin Pharmacol 2004; 60: 363–8.
Seidling HM, Lampert A, Lohmann K, Schiele JT, Send AFJ, Witticke D, Haefeli WE. Safeguarding the process of drug administration with an emphasis on electronic support tools. Br J Clin Pharmacol 2013; 76 Suppl 1: 25–36.
Send AFJ, Bittmann JA, Dyckhoff G, Haefeli WE, Seidling HM. What do laypeople consider 'medication' and are they aware of modulators of a drug's effects? Eur J Hosp Pharm 2018; 25: 218–221.
Serper M, McCarthy DM, Patzer RE, King JP, Bailey SC, Smith SG, Parker RM, Davis TC, Ladner DP, Wolf MS. What patients think doctors know: beliefs about provider knowledge as barriers to safe medication use. Patient Educ Couns 2013; 93: 306–11.

3.4. Schlechte Nachrichten überbringen

In der wissenschaftlichen Literatur über ärztliche Gesprächsführung gibt es kaum eine Gesprächssituation, die so intensiv beforscht ist wie das „Überbringen von schlechten Nachrichten“. Das hat damit zu tun, dass die Mitteilung „schlechter Nachrichten“ nicht nur von Patientinnen und Patienten, sondern auch von Ärztinnen und Ärzten als außerordentlich emotional belastend erlebt wird. Das bekannteste Lehr- und Lernmodell ist **SPIKES**, welches zunächst für die Mitteilung von Diagnosen in der Onkologie entwickelt wurde (Baile et al. 2000):

S etting:	Gesprächsrahmen herstellen (Störungen vermeiden, Bezugsperson mit einbestellen etc.)
P erception:	Wahrnehmung/Informationsstand der betroffenen Person einschätzen (Was weiß sie über ihre Erkrankung?)
I nvitation:	Einschätzen der Bereitschaft, die „schlechte Nachricht“ aufzunehmen
K nowledge:	Ankündigung und Mitteilung der relevanten Informationen
E mpathy:	Emotionen der betroffenen Person beachten und auf diese eingehen (Mitgefühl, emotionale Unterstützung etc.)
S trategy and summary:	Zusammenfassen und weiteres Vorgehen besprechen

Ein derart umfangreiches Modell lässt sich nicht auf alle Situationen des klinischen Alltags übertragen. Eine Unterscheidung zwischen der Mitteilung einer chronischen Erkrankung (beispielsweise Rheuma) oder einer akuten und lebensbedrohlichen Erkrankung (beispielsweise palliative Behandlungssituation bei einer Krebserkrankung) ist sinnvoll.

Vor allem bei letzterer ist der zweite Punkt (Perception) umstritten, da sein Befolgen („Haben Sie denn eine Idee, was wir heute miteinander besprechen werden?“) den Patienten / die Patientin unnötig auf die Folter spannt. Es macht aber Sinn, die Erwartungen und Befürchtungen des Patienten / der Patientin zu Beginn des Gespräches zu erfassen, wenn zum Beispiel der onkologischen Fachperson nicht klar ist, ob der Patient / die Patientin überhaupt weiß, dass es jetzt um einen kritischen Befund geht.

Mehr an der klinischen Realität orientiert sich das folgende Prozedere, das zudem die basalen Kommunikationstechniken im Bereich von Struktur, Vermitteln von Informationen und Aufgreifen von Emotionen integriert. Es lässt sich mit dem Akronym **BAD** beschreiben, wobei **B** für **Breaking bad news**, **A** für **Acknowledge patient's reactions** und **D** für **Develop plans for the near future** steht. Diesem Dreischritt lassen sich die folgenden detaillierten Punkte zuordnen:

Breaking bad news

Was muss ich wissen? Bevor Ärztinnen und Ärzte Informationen geben, müssen sie sich selbst informieren.

Was wissen Patientinnen und Patienten? In Situationen, in denen Ärztinnen und Ärzte mit spezieller Expertise erstmalig hinzugezogen werden, ist es ratsam, Patientinnen und Patienten zu fragen: „Können Sie mir kurz sagen, was Sie über Ihre Krankheit wissen?“, bevor die schlechte Nachricht überbracht wird. Nicht immer stimmt das, was Kolleginnen und Kollegen

über das Wissen von Patientinnen und Patienten erzählen, mit dem überein, was letztere tatsächlich wissen.

Ankündigen: „Es tut mir leid ...“ Die Ankündigung fokussiert die Aufmerksamkeit von Patientinnen und Patienten auf das, was kommt. Manchmal nehmen Betroffene die schlechte Nachricht vorweg: „Ist der Tumor wieder da?“

KISS – Keep It Short and Simple: Die meisten schlechten Nachrichten kann man kurz und einfach übermitteln. Ärztinnen und Ärzte, die lange und kompliziert reden, gehen weniger auf die Bedürfnisse der Patientinnen und Patienten ein als auf ihre eigenen.

Warten: Essenziell nach der Überbringung der schlechten Nachrichten ist eine Pause. Nur so haben Betroffene die Chance, ihre ganz individuellen Reaktionen und ihre momentanen Bedürfnisse zu zeigen. Für Ärztinnen und Ärzte ist dieser Moment oft schwer aushaltbar.

Acknowledge patient's reactions

Je nachdem, wie die Reaktionen der Patientinnen und Patienten ausfallen, gehen Ärztinnen und Ärzte entweder mehr auf die Emotionen oder auf das Informationsbedürfnis ein.

Zum **Umgang mit Emotionen** empfehlen sich die Techniken des NURSE (siehe 2.3.).

Zum **Umgang mit dem Informationsbedürfnis** von Patientinnen und Patienten: Techniken zur Informationsvermittlung (siehe 2.4.).

Kein vorschneller Trost! Trost ist wichtig, wenn er Mitgefühl vermittelt oder Hoffnungen unterstützt. Wenn er vorschnell gegeben wird, nimmt er Patientinnen und Patienten die Zeit, um sich darüber klar zu werden, um was sie sich sorgen, wovon sie Angst haben und was sie im Moment noch wissen wollen.

Develop plans for the near future

Wie geht es weiter (nächste Schritte)? Die betroffene Person muss die nächsten Schritte kennen, ein Beispiel: „Als Nächstes kommt jetzt die Operation. Abhängig vom Resultat werden wir dann entscheiden, wie es weitergeht.“

Kann ich die schlechte Nachricht mit guten ergänzen?

Beispiel: „Die Therapien, die ich Ihnen vorschlage, sind sehr eingreifend, aber unser Ziel ist es, Sie von der Krankheit zu heilen.“

Wann sehen wir uns wieder? Terminvereinbarung und Erreichbarkeit für Notfälle.



Schlechte Nachrichten überbringen (SPIES-Modell)
Rheumatoide Polyarthritits
www.aekno.de/leitfaden/schlechte-nachrichten



Schlechte Nachrichten überbringen
Palliative Behandlungssituation, Umgang mit Verleugnung
www.aekno.de/leitfaden/palliativ



Angehörigengespräch über eine Organspende
www.aekno.de/leitfaden/organspende

Literatur

- Baile W. F., Buckman R., Lenzi R., Guber G., Beale E. A., Kudelka, A. P.: SPIES a six-step protocol for delivering bad news: application to the patient with cancer. *The oncologist*. 2000, 5(4): 320–311.
- Buckman R. A.: Breaking bad news: the S-P-I-K-E-S strategy. *Community Oncology*. 2005; 2(2): 138–42.
- Fallowfield L., Jenkins V.: Communicating sad, bad, and difficult news in medicine. *Lancet*. 2004; 363: 312–9.
- Hale E. D., Trehan G. J., Kitas G. D.: The common-sense model of self-regulation of health and illness: how can we use it to understand and respond to our patients' needs? *Rheumatology*. 2007; 46(6): 904–6.
- Phillips L. A., Leventhal H., Leventhal E. A.: Physicians' communication of the common-sense self-regulation model results in greater reported adherence than physicians' use of interpersonal skills. *British Journal of Health Psychology*. 2012; 17(2): 244–57.
- Tulsky J. A.: Efficacy of communication skills training for giving bad news and discussing transitions to palliative care. *Arch Intern Med*. 2007; 167(5): 453–60.

3.5. Ansprechen heikler Themen: Reanimation

Die Arzt-Patienten-Beziehung hat in den letzten Jahrzehnten einen elementaren Wandel vollzogen. Anstatt medizinische Entscheidungen paternalistisch zu treffen, wird unseren Patientinnen und Patienten im Sinne einer patientenzentrierten Versorgung signifikant mehr Autonomie zugesprochen und diese werden in Entscheidungsprozesse eingebunden. Studien aus Deutschland und der Schweiz zeigen, dass etwa zwei Drittel unserer Patientinnen und Patienten wünschen, Entscheidungen im Hinblick auf ihre Erkrankung oder deren Therapie mit ihrem Behandlungsteam gemeinsam zu treffen.

Dieses trifft insbesondere auf kritische Situationen oder Entscheidungen zu, welche lebensverändernd sein können. Ein typisches Beispiel hierfür ist das Gespräch über mögliche Reanimationsversuche im Falle eines Herz-Kreislauf-Stillstands.

Tritt bei einer Patientin / einem Patienten ein Herz-Kreislauf-Stillstand auf, können Wiederbelebungsversuche unternommen werden, um den drohenden Tod zu verhindern. Wiederbelebungsversuche oder anderweitige therapeutische Maßnahmen sollten sich hierbei an dokumentierten oder mutmaßlichen Willen der betroffenen Person orientieren. Wurden Reanimationsmaßnahmen von der Person zu Lebzeiten, zum Beispiel in einer Patientenverfügung, abgelehnt, so sollte das Behandlungsteam von Wiederbelebungsversuchen absehen und sich stattdessen auf palliative Maßnahmen beschränken.

Statistisch tritt bei etwa jeder vierzigsten Person während eines stationären Aufenthalts ein Herz-Kreislauf-Stillstand auf. Da die Präferenzen der Patientinnen und Patienten im Hinblick auf Wiederbelebungsversuche sehr individuell sein können, sollten Ärztinnen und Ärzte – sofern möglich – keine Annahmen über den mutmaßlichen Willen treffen, sondern das Gespräch frühzeitig im Rahmen des stationären Aufenthalts suchen. Dies ermöglicht es, die Patientinnen und Patienten in die Entscheidungsfindung mit einzubeziehen.

Die meisten Patientinnen und Patienten schätzen es, wenn allfällige Wiederbelebungsmaßnahmen thematisiert werden. Patientinnen und Patienten, welche keine Diskussion führen möchten, sollte man jedoch kein Gespräch oder Informationen aufzwingen.

Um eine sinnvolle Entscheidung bezüglich des sogenannten „Reanimationsstatus“ treffen zu können, müssen Patientinnen und Patienten über die Prognose eines Herz-Kreislauf-Stillstands, aber auch über die Risiken und Vorteile allfälliger Wiederbelebungsversuche aufgeklärt werden.

Zahlreiche Studien zeigen, dass Patientinnen und Patienten die Prognose eines Kreislaufstillstands überschätzen. Eine im Jahr 2022 durchgeführte, repräsentative Umfrage in der Schweiz fand heraus, dass die Bevölkerung hinsichtlich eines Kreislaufstillstands während einer Hospitalisation (In-hospital cardiac arrest) eine Überlebenswahrscheinlichkeit von rund 60 % vermutet. Der plötzliche Herzstillstand ist jedoch ein lebensbedrohlicher Zustand. Die Überlebenswahrscheinlichkeit außerhalb des Spitals (out-of-hospital cardiac arrest) liegt bei lediglich 10–15 % und auch wenn der Kreislaufstillstand während einer Hospitalisation auftritt, versterben rund 80 % der Patientinnen und Patienten trotz optimaler Reanimationsmaßnahmen. Darüber hinaus trägt etwa die Hälfte der Überlebenden neurokognitive Be-

eintrüchtungen aufgrund einer hypoxischen Enzephalopathie davon und ist im Verlauf auf Hilfe oder Pflege angewiesen. Die Prognose eines Herz-Kreislauf-Stillstands hat sich trotz medizinischer Fortschritte in den letzten Jahren nicht verbessert.

Mit Patientinnen und Patienten zu besprechen und zu entscheiden, ob im Falle eines Herz-Kreislauf-Stillstands Wiederbelebungsversuche eingeleitet werden sollen oder man sich auf palliative Maßnahmen beschränkt, ist ein typisches Beispiel einer **partizipatorischen Entscheidungsfindung** (vgl. Kapitel 2.6.).

Die wesentliche Aufgabe der Ärztin oder des Arztes während eines Gesprächs über Reanimationsmaßnahmen ist es, der betroffenen Person die beiden potenziell möglichen Therapieoptionen (Reanimationsversuch vs. palliativer Fokus) sowie deren Vor- und Nachteile näherzubringen.

Hierdurch kann man es Patientinnen und Patienten erleichtern, die Therapieoptionen gemäß ihren Präferenzen und Wertvorstellungen abzuwägen und die medizinische Entscheidungsfindung aktiv zu beeinflussen.

Allerdings haben viele Patientinnen und Patienten mit einer niedrigen Gesundheitskompetenz (engl. „health literacy“) Schwierigkeiten, medizinische Informationen zu verstehen oder zu beurteilen. Eine nationale Erhebung aus den Jahren 2019–2021 ergab, dass in der Schweiz 49 % der Bevölkerung eine niedrige Gesundheitskompetenz aufweisen und daher Mühe haben Therapieoptionen abzuwägen und eine sinnvolle Entscheidung zu treffen. Bei diesen Patientinnen und Patienten kann der **Einsatz von Entscheidungshilfen** (engl. „Decision Aids“) förderlich sein. Entscheidungshilfen bereiten medizinische Informationen in Form von leicht verständlichen Tabellen, Diagrammen oder Bildern auf und können hierdurch das Wissen und Verständnis von Patientinnen und Patienten verbessern. Studien konnten zeigen, dass durch den Einsatz von Entscheidungshilfen die Beteiligung von Patientinnen und Patienten in der Entscheidungsfindung gesteigert werden kann. Zur Illustrierung der Prognose eines Herz-Kreislauf-Stillstands kann beispielsweise ein Cates Plot verwendet werden. Cates Plots stellen Outcomes in Form von Smileys in unterschiedlichen Farbvarianten beziehungsweise Gesichtsausdrücken dar.

Sind Patientinnen und Patienten unsicher im Hinblick auf ihre Entscheidungsfindung, kann es im Gespräch nützlich sein, mithilfe einer weiteren Decision Aid (Tabelle 1) die Präferenzen oder Einstellung zum Leben zu erfragen.

Tabelle 1: Beispiel einer Decision-Aid-Tabelle zum Thema Reanimation

Wie wichtig ist Ihnen	Nicht wichtig		wichtig				Option erwägen, wenn einem dieses wichtig ist
	1	2	3	4	5	6	
... länger leben	1	2	3	4	5	6	Reanimation befürworten <input type="checkbox"/>
... schwere Hirnschäden vermeiden	1	2	3	4	5	6	Reanimation ablehnen <input type="checkbox"/>

Adaptiert nach: Cardio-Pulmonary Resuscitation (CPR): A Decision Aid For Patients And Their Families. (© Chris Frank, Jennifer Kryworuchko, Daren Heyland and Romayne Gallagher. Version: November 2010)

Futility

Im klinischen Alltag sind Ärztinnen und Ärzte gelegentlich mit Situationen konfrontiert, bei welchen Reanimationsversuche von Seite der Patientinnen und Patienten möglicherweise gewünscht, aus medizinischer Sicht aber als nicht sinnvoll erachtet werden. Ein Beispiel hierfür sind Reanimationsversuche bei Patientinnen und Patienten mit palliativen Erkrankungen, bei denen ein Herz-Kreislauf-Stillstand als ein natürlicher Verlauf der Erkrankung angesehen werden muss, oder bei polymorbiden Patientinnen und Patienten mit verschwindend geringer Überlebenschance. Reanimationsversuche zeigen in diesen Fällen in der Regel keinen Nutzen, sondern führen vielmehr zu einer Leidensverlängerung oder man muss damit rechnen, dass die Patientinnen und Patienten den Kreislaufstillstand nur mit schwersten neurologischen Einbußen überleben. Medizinische Guidelines schätzen Reanimationsversuche in diesen Situationen als sinn- oder nutzlos (englisch „futile“) ein.

Das Gespräch über die Aussichtslosigkeit von Reanimationsmaßnahmen bei möglichem Herz-Kreislauf-Stillstand ist herausfordernd und wird von Ärztinnen und Ärzten oftmals als unangenehm empfunden. Häufig besteht von ärztlicher Seite die Sorge, dass ein solches Gespräch für Patientinnen und Patienten zu belastend sein könnte. Die Literatur zeigt jedoch, dass die Thematisierung von schlechter Prognose oder Tod bei polymorbiden Patientinnen und Patienten nicht grundsätzlich als belastend erlebt wird. Allerdings sind kommunikative Fertigkeiten in diesen Gesprächen gefragt. Hierbei können unter Umständen auch Techniken zum Überbringen schlechter Nachrichten (vgl. Kapitel 3.4.) hilfreich sein.

Die Beurteilung einer möglichen „Futility“ im Hinblick auf potenzielle Reanimationsmaßnahmen basiert häufig auf subjektiver Einschätzung der Ärztin oder des Arztes. Untersuchungen

haben allerdings gezeigt, dass auch Ärztinnen und Ärzte die Überlebenschance eines Herz-Kreislauf-Stillstands bei polymorbiden Patientinnen und Patienten um bis zu 300 % überschätzen, sodass eher zu selten von einer nicht sinnvollen Reanimation ausgegangen wird.

Auch wenn keine einheitlichen Handlungsempfehlungen bezüglich Sinnlosigkeit von Reanimationsmaßnahmen existieren, können klinische Risiko-Scores die Entscheidungsfähigkeit erleichtern. Eine Metaanalyse aus dem Jahre 2011 zeigte, dass insbesondere der GO-FAR (Good Outcome Following Attempted Resuscitation) und der PIHCA (The Prediction of Outcome for in-Hospital Cardiac Arrest) Score gute prädiktive Werte aufweisen. Beide Scores erfassen relevante Vorerkrankungen (z. B. metastasierende Tumorleiden, Sepsis oder respiratorische Insuffizienz) der Patientinnen und Patienten, welche mit einer schlechten Prognose nach Herz-Kreislauf-Stillstand verbunden sind. Auf Grundlage früherer Forschungsergebnisse berechnen GO-FAR und PIHCA hierbei eine statistische Wahrscheinlichkeit, einen Herz-Kreislauf-Stillstand mit gutem neurologischen Ergebnis zu überleben. Publikationen aus einer ethischen Perspektive legen nahe, dass man bei einer Überlebenschance von < 3 % von aussichtslosen (futilen) Reanimationsversuchen ausgehen muss.

Beide Scores können bei Reanimationsgesprächen als Entscheidungshilfe herangezogen werden und die Entscheidungsfindung erleichtern. Darüber hinaus dienen sie auch Ärztinnen und Ärzten als Anhaltspunkt, um die Sinnhaftigkeit von Reanimationsversuchen zu evaluieren.

Fazit

Die Besprechung von Reanimationsversuchen, eine therapeutische Maßnahme, deren Prognose häufig ungewiss ist, stellt für das ärztliche Personal häufig eine Herausforderung dar. Viele Ärztinnen und Ärzte fühlen sich für diese Gespräche unvorbereitet. Insbesondere wenn infauste Prognosen oder palliative Therapieansätze besprochen werden müssen, können Kommunikationstrainings hilfreich sein.

Literatur

- Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften. Reanimationsentscheidungen 2018 [Available from: <https://www.samw.ch/de/Ethik/Themen-A-bis-Z/Reanimationsentscheidungen.html>]
- Becker C, Hunziker S. Decision Making in Code Status Discussions. *Ther Umsch.* 2022; 79(8): 387–392.
- Becker C, Gross S, Gamp M, Beck K, Amacher SA, Mueller J, Bohren C, Blatter R, Schaefer R, Schuetz P, Leuppi J, Bassetti S, Hunziker S. Patients' Preference for Participation in Medical Decision-Making: Secondary Analysis of the BEDSIDE-OUTSIDE Trial. *J Gen Intern Med.* 2022 Sep 9.
- Perkins GD, Graesner JT, Semeraro F, Olasveengen T, Soar J, Lott C, et al. European Resuscitation Council Guidelines 2021: Executive summary. *Resuscitation.* 2021; 161: 1–60.

- Schluep M, Gravesteyn BY, Stolker RJ, Endeman H, Hoeks SE. One-year survival after in-hospital cardiac arrest: A systematic review and meta-analysis. *Resuscitation.* 2018; 132: 90–00.
- Becker C, Künzli N, Perrig S, Beck K, Vincent A, Widmer M, Thommen E, Schaefer R, Bassetti S, Hunziker S. Code status discussions in medical inpatients: results of a survey of patients and physicians. *Swiss Med Wkly.* 2020 Mar 23; 150: w20194.
- Becker C, Manzelli A, Marti A, Cam H, Beck K, Vincent A, Keller A, Bassetti S, Rikli D, Schaefer R, Tislijar K, Sutter R, Hunziker S. Association of Communication Interventions to Discuss Code Status With Patient Decisions for Do-Not-Resuscitate Orders: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Netw Open.* 2019; 2(6): e195033.
- Beck K, Vincent A, Cam H, Becker C, Gross S, Loretz N, Müller J, Amacher SA, Bohren C, Sutter R, Bassetti S, Hunziker S. Medical futility regarding cardiopulmonary resuscitation in in-hospital cardiac arrests of adult patients: A systematic review and Meta-analysis. *Resuscitation.* 2022; 172: 181–93.
- Schneiderman LJ, Jecker NS, Jonsen AR. Medical futility: its meaning and ethical implications. *Ann Intern Med.* 1990; 112(12): 949–54.

3.6. Ansprechen heikler Themen: Sprechen über Tod und Sterben

Obwohl Menschen spätestens in ihrer Pubertät begreifen, dass auch das eigene Leben endlich ist, finden Gespräche über das Lebensende, über Tod und Sterben selten statt. Oft findet die Auseinandersetzung mit dem eigenen Tod erst im Verlauf einer schwerwiegenden Erkrankung statt. Es existiert eine gewisse Diskrepanz zwischen dem häufig zur Schau gestellten medialen Tod in Literatur, Film und digitalen Medien und der mangelnden Reflexion über das eigene, unvermeidliche Lebensende. Die Menschen, die heute unsere Patientinnen und Patienten sind, haben häufig als Kinder einen fast tabuisierten Umgang mit Tod und Sterben erlebt, weil das Sterben von Anverwandten allzu häufig im Krankenhaus oder im Hospiz, selten zu Hause geschah und selten offen darüber gesprochen wurde. Somit ist es nicht verwunderlich, dass eine gewisse Sprachlosigkeit vorherrscht, wenn es darum geht, auch eine fragliche oder bedrohliche Prognose der eigenen Erkrankung zu besprechen und abschätzen zu lernen.

Einladung zum Gespräch

Patientinnen und Patienten suchen meist indirekt das Gespräch über ihre Sorgen und Ängste in Bezug auf den weiteren Verlauf ihrer Erkrankung. Sie machen Andeutungen wie zum Beispiel: „Aber ich werde doch wieder gesund?“, „Kann ich denn noch Hoffnung haben?“, „Macht das denn alles noch Sinn?“ oder auch: „Wissen Sie, ich mache mir Sorgen um meinen Partner.“ Manchmal sagen Patientinnen und Patienten auch: „Ich habe Angst ...“ oder: „Denken Sie, dass ich für nächstes Jahr meinen Urlaub planen kann?“ Eher seltener fragen Patientinnen und Patienten direkt nach der Prognose, wie lange Zeit ihnen noch bleibt oder was im Prozess des Sterbens konkret auf sie zukommen könnte.

Der Zeitpunkt, an dem Patientinnen und Patienten das Thema Tod und Sterben ansprechen, ist sehr unterschiedlich. Manche versuchen dies ein erstes Mal direkt bei der Diagnosemitteilung, zum Beispiel wenn es um eine Krebserkrankung geht. Häufig wird von Ärztinnen und

Ärzten aber nicht darüber, sondern ausschließlich über Heilungschancen und Behandlungsmöglichkeiten gesprochen. Patientinnen und Patienten registrieren sehr genau, ob ihr Gegenüber prinzipiell bereit ist, über Tod und Sterben zu sprechen, oder dieses Thema ebenfalls tabuisiert.

Andererseits gibt es auch Situationen, in denen vonseiten der Ärztinnen und Ärzte der Eindruck besteht, dass es für die weitere Behandlung und Zusammenarbeit erforderlich ist, u. a. auch über die Prognose zu sprechen und damit auch über ein mögliches Versterben. Dies kommt insbesondere vor, wenn es um Therapiebegrenzung geht oder Ärztinnen bzw. Ärzte und Patientinnen bzw. Patienten eine sehr unterschiedliche Vorstellung über den weiteren Verlauf der Erkrankung haben.

Unabhängig davon, ob Patientinnen und Patienten indirekte Andeutungen machen, direkte Fragen zum weiteren Verlauf stellen oder Ärztinnen und Ärzte das Gefühl haben, ein Gespräch über Tod und Sterben wäre erforderlich, immer sollte zunächst ein Einverständnis hergestellt werden, ob über das Thema gesprochen werden darf. Eine gute Formulierung zum Einstieg in das Thema könnte sein:

„Würden Sie gerne mit mir über den weiteren Verlauf Ihrer Krankheit, die Prognose und eventuell auch über die Themen Tod und Sterben sprechen?“

Diese Frage erfüllt drei Funktionen. Zum einen wird das Thema direkt benannt, aus der Grauzone herausgeholt, zum anderen wird ein Einverständnis mit der Patientin oder dem Patienten hergestellt, ob in dieser Konstellation und zu diesem Zeitpunkt darüber gesprochen werden darf. Unabhängig davon, ob die Patientin oder der Patient zu diesem Zeitpunkt das Gespräch annimmt, erfolgt ein Angebot, als potenzielles Gegenüber für Gespräche zu diesen Themen zur Verfügung zu stehen. Darüber hinaus besteht auf diese Weise die Möglichkeit, zwar das Thema zu benennen, andererseits aber auch so etwas zu sagen wie: *„Ich würde mich sehr gerne mit Ihnen über diese Themen unterhalten, aber möchte dazu einen neuen Termin mit Ihnen vereinbaren, um etwas mehr Zeit zu haben.“*

Alte Kommunikationsregeln

Viele Ärztinnen und Ärzte haben in ihrer Aus- und Weiterbildung gelernt, dass man

- Patientinnen und Patienten niemals die Hoffnung nehmen darf,
- Patientinnen und Patienten nur erläutern soll, wonach sie konkret gefragt haben,
- Patientinnen und Patienten keinerlei Zeitangaben machen soll.

Die alten Kommunikationsregeln kommen aus einer Zeit, in der ein patriarchaler Beziehungsstil die Kommunikation zwischen Arzt/Ärztin und Patient/Patientin geprägt hat und das Wissen über die Verläufe der meisten Erkrankungen deutlich geringer war, als das heute der Fall ist. Außerdem sind durch die Entwicklung der Palliativmedizin Versorgungsstrukturen entstanden, in denen Patientinnen und Patienten durchaus bis zum Lebensende eine relativ hohe Lebensqualität erleben können, allerdings nur, wenn ein absehbares Versterben zuvor offen kommuniziert werden konnte.

Der-Frage-Antwort-Modus

Ärztliche Kommunikation mit Patientinnen und Patienten ist in der Regel dadurch geprägt, dass die Betroffenen Fragen stellen und Ärztinnen oder Ärzte diese beantworten. Für das Gespräch über Tod und Sterben ist es wichtig, zunächst aus diesem Modus auszusteigen. Denn selbst die Frage „Wie lange habe ich noch?“ ist in erster Linie eine Bitte, in diesen Themenkomplex einzusteigen und zunächst zu eruiieren, ob eine Antwort auf die Frage sinnvoll und möglich ist. Es ist nicht ratsam, diese Frage sofort zu beantworten, ohne den Hintergrund zu verstehen.

Somit macht es Sinn, in die Gedankenwelt der Patientin oder des Patienten einzusteigen:

„Gibt es einen konkreten Grund/Anlass, dass Sie danach fragen, oder ist es mehr eine ganz allgemeine Frage?“

„Was genau möchten Sie wissen? Was steckt hinter Ihrer Frage?“

„Was denken Sie selbst zum weiteren Verlauf Ihrer Erkrankung? Haben Sie spezielle Sorgen? Wovor haben Sie Angst?“

Diese Fragen geben Einblick in die subjektive Krankheits- und Prognoseeinschätzung der betroffenen Person und häufig auch in ihre Gedankenwelt und Lebensrealität. Relativ bald erschließt sich dann im weiteren Gespräch, ob es in der Ausgangsfrage der Patientin bzw. des Patienten wirklich um eine konkrete Zeiteinschätzung ging oder um ganz andere Inhalte. Außerdem lässt sich so in Erfahrung bringen, wie detailliert die zeitliche Einschätzung sein muss, um für die betroffene Person hilfreich zu sein.

Manchmal geht es bei der Frage nach der Prognose tatsächlich um eine ganz konkrete Grundlage für wichtige soziale, finanzielle oder persönliche Entscheidungen. Es kann sich dabei z. B. um die anstehende Hochzeit des Sohnes handeln, die je nach weiterem Krankheitsverlauf terminiert werden soll, damit der Patient noch anwesend sein kann, oder auch um die Nachlassregelungen, die Regelung von Sorgerecht für minderjährige Kinder etc.

Häufig ist es aber auch der Wunsch, das Krankheitsgeschehen richtig einschätzen zu können, zu wissen, ob man auf Besserung des Allgemeinzustandes hoffen kann oder sich an eingeschränkte Leistungsfähigkeit und begrenzte Lebensperspektive anpassen muss. In letzteren Fällen geht es dann weniger um eine konkrete zeitliche Einschätzung. Die Frage nach der weiteren Prognose, nach dem anstehenden Sterben spielt in der Palliativmedizin eine noch viel größere Rolle, vor allem wenn es darum geht abzuschätzen, wann es Zeit ist, Abschied zu nehmen, oder wie lange man selbst und die Angehörigen noch durchhalten müssen.

Bei lebensbedrohlichen Erkrankungen, insbesondere bei Krebserkrankungen, ist es oft am Anfang sehr schwer, eine zeitliche Einschätzung abzugeben. In sehr fortgeschrittenen Krankheitsstadien wird die verbleibende Zeitspanne häufig besser greifbar. Da aber jeder Krankheitsverlauf individuell ist, hat es sich bewährt, Zeitangaben – wenn sie denn sinnvoll sind – eher in Zeiträumen auszudrücken. Geeignete Formulierungen im Gespräch mit Patientinnen und Patienten sind bspw.: *„Wir gehen eher von Monaten als von Jahren aus.“* *„Wahrscheinlich handelt es sich eher um Tage denn um Wochen.“*

Gleichzeitig kann es hilfreich sein, die betroffene Person einzuladen, häufiger über die Prognose zu sprechen, gerade weil individuelle Krankheitsverläufe sehr unterschiedlich sind und prognostische Einschätzungen sich ändern können. Wenn es um so schwierige und belastende Themen geht, ist es wichtig, frühzeitig bei Patientinnen und Patienten Bewältigungsstrategien zu aktivieren, indem ihnen Lösungskompetenzen zugeschrieben werden:

„Was könnte Ihnen die Situation erleichtern?“

„Was würde helfen, mit dieser Situation zurechtzukommen?“

Mit diesen Fragen geben Sie zu erkennen, dass Sie der Patientin bzw. dem Patienten zu-trauen, selbst eine Idee zu haben oder zu entwickeln, wie diese schwierige Situation besser zu bewältigen sein könnte. Sie geben ebenfalls zu erkennen, dass es sich nicht um ein rein medizinisches Problem handelt, sondern dass es auch darum geht, eine der schwierigsten menschlichen Entwicklungsaufgaben zu meistern: das Leben im Angesicht des Todes und die Gestaltung des eigenen Versterbens.

Rollenwechsel

Im rein medizinischen und somatischen Kontext sind Ärztinnen und Ärzte gefragt als lösungssichere Expertinnen und Experten. Sie müssen in der Lage sein, Symptome zuzuordnen, Diagnosen zu stellen, sinnvolle Untersuchungen anzuordnen, die Patientinnen und Patienten über ihre Krankheit zu informieren, Fragen zu beantworten, Therapiekonzepte zu planen

und durchzuführen. Im Gespräch über Tod und Sterben sind Ärztinnen und Ärzte darüber hinaus auch empathische Begleiterinnen und Begleiter, die ebenfalls an ihrem Lebensende die oben angesprochenen Entwicklungsaufgaben meistern müssen. Auf persönlicher Ebene sind wir dabei genauso unerfahren wie die Patientinnen und Patienten selbst. In der Rolle der empathischen Begleitenden geht es darum, Patientinnen und Patienten zu unterstützen, einen guten Weg für sich zu finden und die anstehende Entwicklungsaufgabe bestmöglich zu bewältigen. Diese Rolle ist eher ungewohnt.

Die eigenen Erfahrungen mit dem Versterben von Angehörigen, von Patientinnen und Patienten, eigene Vorstellungen vom Tod und möglicherweise Vorstellungen von einer Existenz nach dem Tod prägen bewusst oder unbewusst die Gespräche mit den Patientinnen und Patienten. Insofern ist es gerade für solche Gespräche sinnvoll, im Kreis von Kolleginnen und Kollegen, z. B. in einer Balint-Gruppe, einer Supervisionsgruppe oder einer Selbsterfahrungsgruppe, sich der eigenen Vorstellungen, Vorbehalte, Ängste und Sorgen bewusst zu werden.

Hoffnung

Den Patientinnen und Patienten die Gelegenheit zu geben, über ihre Sorgen und Ängste, über ihre Belastungen und auch die negativen Gefühle wie Trauer und Wut zu sprechen, führt in der Regel zu emotionaler Entlastung und zu einer Anpassung der Hoffnung. Patientinnen und Patienten, die wissen, dass sie nicht mehr gesund werden, hoffen auf ein möglichst langes Leben in guter Lebensqualität. Patienten und Patientinnen, die wissen, dass sie bald versterben werden, hoffen auf eine gute Zeit bis zum Tod und ein gutes Sterben. Somit führt so das offene Gespräch über so belastende Themen wie Tod und Sterben nicht zu mehr Verzweiflung und Angst, sondern zu mehr Bewältigung und Hoffnung.

Literatur

Royal College of Physicians (ed.) Talking about dying: How to begin honest conversations about what lies ahead. 2018.

Heyland D. K., Dodek P., You J. J., Sinuff T., Hiebert T., Tayler, C. ... & Downar, J.: Validation of quality indicators for end-of-life communication: results of a multicentre survey. *Cmaj*, 2017; 189(30), E980–E989.

Ekberg S., Parry R., Land V., Ekberg K., Pino M., Antaki C., ... & Whittaker, B.: Communicating with patients and families about illness progression and end of life: a review of studies using direct observation of clinical practice. *BMC palliative care*, 2021; 20(1), 1–12.

3.7. Ansprechen heikler Themen: häusliche Gewalt

Häusliche Gewalt ist ein verbreitetes, gesellschaftliches Phänomen und mit hohen, langfristigen gesundheitlichen Risiken verbunden. Bei einer repräsentativen Befragung in der Bundesrepublik Deutschland gaben 37 % der Frauen im Alter von 18 bis 64 Lebensjahren an, mindestens einmal in ihrem Leben häusliche Gewalt erlebt zu haben. Internationale Studien zur Häufigkeit von Gewalterfahrung zeigen stark unterschiedliche Prävalenzraten, abhängig von der Gewaltform (psychische, körperliche oder sexuelle Gewalt), dem Geschlecht, aber auch der untersuchten Stichprobe.

Die Definition von Gewalt wird nach wie vor kontrovers diskutiert. Selg et al. (1997) verstehen unter Gewalt schwere Formen von Aggression, bei denen zusätzlich zu einer Schädigungsabsicht ein psychisches oder physisches Machtgefälle zugrunde liegt. Bei häuslicher Gewalt handelt es sich um Gewalt im sozialen Nahraum durch Partner bzw. Partnerin oder Familienangehörige. Die 12-Monats-Prävalenz für widerfahrene körperliche Gewalt durch Partner/Partnerin oder Familienangehörige liegt in internationalen Studien bei etwa 1 %. Frauen sind v. a. bei sexueller Gewalt häufiger betroffen.

Häusliche Gewalt in der medizinischen Versorgung

Opfer häuslicher Gewalt suchen zwar häufig wegen ihrer körperlichen Verletzung Hilfe im medizinischen Versorgungssystem. Die zum langfristigen Schutz der Gesundheit neben der medizinisch-somatischen Versorgung erforderlichen psychosozialen Hilfen unterbleiben jedoch oft.

Solche psychosozialen Hilfen sind in der Regel:

- Sicherstellung des elementaren Rechts der körperlichen und psychischen Unversehrtheit;
- Einschätzung des akuten Gefährdungspotenzials;
- Berücksichtigung der akuten, emotionalen Belastung des Gewaltopfers;
- Initiierung von (meist nur längerfristig zu erreichenden) Ablösungsprozessen aus der von Abhängigkeit geprägten, gewaltsamen Beziehung zum Täter / zur Täterin.

Häufigster Grund, warum psychosoziale Hilfen unterbleiben, ist die Tatsache, dass die Gewalterfahrung nicht angesprochen wird. Dabei wünschen sich Gewaltopfer überwiegend, in einem geschützten Rahmen offen über ihre Gewalterfahrung sprechen zu können. Es gibt verschiedene Gründe, warum die häusliche Gewalt nicht thematisiert wird: Die betroffene Person zweifelt vielleicht an der Vertraulichkeit des Gesprächs oder geht davon aus, dass die Fachperson kaum Interesse oder kaum Zeit hat.

Was ist bei Verdacht auf häusliche Gewalt zu beachten?

Äußere Bedingungen: Vordringlich ist es, eine sichere Gesprächssituation herzustellen. Dies bedeutet neben einem ungestörten Ort und einem entsprechenden Zeitrahmen auch, sensibel mit den Begleitpersonen umzugehen und Patient bzw. Patientin und Begleitperson allenfalls zu separieren (denn unter Umständen ist die Begleitperson der Täter bzw. die Täterin).

Auf Emotionen eingehen: Gewaltopfer befinden sich oft in einem emotionalen Ausnahmezustand. Leitaffekte sind Scham und Angst. Gewaltopfer geben sich die Schuld für das Erlebte („*Ich hab ihn doch provoziert.*“) und schämen sich, dass sie sich nicht selbst aus dieser demütigenden Situation befreien können („*Wieso lasse ich zu, dass man so mit mir umgeht?*“). Daneben besteht oft auch eine reale Angst, denn Gewaltopfer haben schon erfahren, dass sie geschlagen und gedemütigt werden, und befürchten zu Recht, dass ihnen dies wieder geschieht. Häufig werden sie von den Tätern oder Täterinnen konkret bedroht („*Wenn du erzählst, was dir passiert ist, mach ich dich fertig.*“). Daher ist es wichtig, auf diese starken Emotionen im Gespräch einzugehen. Hilfreiche Techniken hierfür sind im NURSE-Modell beschrieben (siehe 2.3.).

Direktes Ansprechen bei Verdacht auf häusliche Gewalt: Besteht der Verdacht auf häusliche Gewalt, sollte dies direkt angesprochen werden. Hilfreiche Formulierungen können sein: „*Könnte es sein, dass vielleicht doch noch etwas anderes zu Ihren Verletzungen geführt hat?*“, oder „*Wissen Sie, wir haben hier häufiger Patientinnen und Patienten, die mit körperlichen Verletzungen zu uns kommen, weil sie von jemandem, der ihnen nahesteht, verletzt worden sind.*“ Zu vermeiden sind konfrontierende Formulierungen wie: „*Das Muster Ihrer Verletzungen passt aber gar nicht zu der von Ihnen angegebenen Unfallursache.*“

Schuldverhältnisse eindeutig benennen: Da viele Gewaltopfer sich selbst die Schuld geben und sich schämen, können Formulierungen, die die Unrechtmäßigkeit des Widerfahrenen betonen, hilfreich sein („*Niemand hat ein Recht, Sie körperlich und psychisch zu verletzen.*“)

Eigene Handlungsperspektiven aufzeigen und stärken: Viele Gewaltopfer erleben sich als hilf- und wehrlos, ohnmächtig einer Situation ausgesetzt, die sie nicht beeinflussen können. Hier kann im Gespräch der Hinweis auf die eigenen Handlungsmöglichkeiten (Empowerment) und die rechtlichen Rahmenbedingungen hilfreich sein.

Entscheidungsdruck vermeiden: Häusliche Gewalt ereignet sich in Beziehungen mit meist asymmetrischen Machtverhältnissen. Viele Gewaltopfer sind oder erleben sich vor allem als

abhängig. Die Ablösung aus einer abhängigen Beziehung ist aber oft ein langer Weg. Diese Ablösung sofort zu erreichen oder gar durchzusetzen, stellt für alle Beteiligten eine Überforderung dar. Ein Entscheidungsdruck auf das Gewaltopfer, sich sofort vom Täter bzw. der Täterin zu trennen, sollte dringlich vermieden werden. Einzige Ausnahme: Es besteht eine akute Gefährdung für das Gewaltopfer. Dann haben Sofortmaßnahmen zum Schutz des Gewaltopfers Vorrang, allenfalls unter Einschaltung von Polizei und Behörden.

Gerichtsfest dokumentieren: Möglicherweise wird die Dokumentation der medizinischen Befunde (z. B. bei einer Erstuntersuchung nach Vergewaltigung) später in einem Gerichtsverfahren verwendet, daher ist es wichtig, entsprechende rechtsmedizinische Standards einzuhalten (Fotodokumentation, Asservate).

Folgekontakte anbieten: Da häusliche Gewalt eine hohe Wiederholungshäufigkeit hat, ist es hilfreich, aktiv Folgekontakte anzubieten – auch unter dem Aspekt des Aufbaus einer vertrauensvollen Beziehung.

Interprofessionelle Zusammenarbeit: Interventionen bei häuslicher Gewalt erfordern interprofessionelle Zusammenarbeit. Die Kenntnis der lokalen Netzwerkakteure (Frauenhaus, Ansprechpartner bei der Polizei, Jugendamt usw.) ist essenziell, auch um Patientinnen und Patienten entsprechend zu beraten.

Weisen Befunde bei der Untersuchung von Kindern auf Gewalteinwirkungen hin, ist die Ärztin bzw. der Arzt verpflichtet, zum Schutz des Kindes aktiv zu werden. Wichtige Handlungsschritte zum Kinderschutz sind in Leitfäden der Landesärztekammern dargestellt, beispielsweise im Ärztlichen Leitfaden Kinderschutz, Niedersachsen (DSKB, 2013) oder in der Kinderschutzleitlinie (Kinderschutzleitlinienbüro 2019).



Umgang mit schwierigen Emotionen bei häuslicher Gewalt
www.aekno.de/leitfaden/gewalt

Literatur

Coker A. L. et al.: Physical and Mental Health Effects of Intimate Partner Violence for Men and Women. American Journal of Preventive Medicine. 2002; 23: 260–8.

DKSB: Ärztlicher Leitfaden Kinderschutz, 2013 unter: https://www.bundesaeztekammer.de/fileadmin/user_upload/_old-files/downloads/LeitfadenKinderschutzNs2013.pdf [Zugriff am 12.02.2023]
Feder G. S., Hudson M., Ramsay J., Taket A. R.: Expectations and experiences when they encounter health care professionals: a meta-analysis of qualitative studies. Arch Intern Med. 2006; 166(1): 22–37.
Kinderschutzleitlinienbüro: AWMF S3+ Leitlinie Kindermisshandlung, -missbrauch, -vernachlässigung unter Einbindung der Jugendhilfe und Pädagogik (Kinderschutzleitlinie). Langfassung 1.0, 2019, AWMF-Reg.Nr. 027–069.
Olive P.: Care for emergency department patients who have experienced domestic violence: a review of the evidence base. Journal of Clinical Nursing. 2007; 16(9): 1736–48.
Selg H., Mees U., Berg D.: Psychologie der Aggressivität. 2. Auflage. Hogrefe, Göttingen 1997.
WHO: Umgang mit Gewalt in Paarbeziehungen und mit sexueller Gewalt gegen Frauen. Leitlinie der WHO für Gesundheitsversorgung und Gesundheitspolitik. Signal e. V., Berlin 2014.

3.8. Ansprechen heikler Themen: Alkoholkonsum

Das Ansprechen heikler Themen verlangt das Überschreiten von Hemmschwellen, unabhängig davon, ob über Sexualität, Sterben oder über Sucht gesprochen wird. Diese Themen haben etwas Privates, Intimes, sodass es einer ‚Erlaubnis‘ der/des Betroffenen bedarf, sie ansprechen zu dürfen. Fühlen sich Patientinnen und Patienten überrumpelt, werden sie sich schützen und verschließen. Daher sind besonders die vertrauten Hausärztinnen und Hausärzte geeignet, sich unter Respekt vor ihren individuellen Eigenheiten in der Problemsphäre der Patientinnen und Patienten zu bewegen.

Wie viel ist zu viel?

Nach aktuellen epidemiologischen Daten konsumiert die Mehrheit der erwachsenen Deutschen keinen Alkohol oder betreibt einen risikoarmen Alkoholkonsum (DHS, 2022). Von medizinischer beziehungsweise psychiatrischer Relevanz sind der riskante, der schädliche und der abhängige Alkoholkonsum. Der riskante Konsum (12,6 % der erwachsenen Bevölkerung in Deutschland; DHS, 2022) betrifft einen chronischen, (nahezu) täglichen Alkoholkonsum, der das langfristige Risiko körperlicher Schäden, zum Beispiel einer Leberzirrhose, erhöht, aber zum Zeitpunkt der Diagnose noch nicht zu negativen körperlichen, psychischen oder sozialen Konsequenzen geführt hat, sodass keine alkoholbezogene psychische Störung wie Abhängigkeit und schädlicher Gebrauch diagnostiziert werden kann. Riskanter Konsum ist definiert als ein täglicher Konsum von mehr als 10–12 Gramm reinen Alkohols bei Frauen bzw. 20–24 Gramm bei Männern. Dies entspricht einem bzw. zwei Standardgetränken. Ein Standardgetränk umfasst z. B. 0,3 l Bier oder 0,1 l Wein und enthält etwa 10 bis 12 Gramm Reinalkohol. Rauschtrinken wird definiert als vier Standardgetränke oder mehr bei einer Gelegenheit bei Frauen, fünf Standardgetränke oder mehr bei Männern.

Beim schädlichen Alkoholkonsum (früher Alkoholmissbrauch genannt; 2,8 % der erwachsenen Bevölkerung in Deutschland bzw. 1,4 Mio. Personen; DHS, 2022) ist ein Schaden für die körperliche oder psychische Gesundheit eingetreten. Die Kriterien des Abhängigkeitsyndroms sind allerdings nicht erfüllt. Beim abhängigen Alkoholkonsum (s. o. 3,1 % der erwachsenen Bevölkerung bzw. 1,6 Mio. Personen) schließlich bestanden nach ICD-10 (F10.2) in den letzten zwölf Monaten vor Diagnose Symptome der psychischen Abhängigkeit, wie heftiges Verlangen nach Alkoholkonsum oder Verlust der Kontrolle über den Zeitpunkt des Konsums oder über die konsumierte Menge beziehungsweise Symptome der physischen Abhängigkeit wie das Auftreten von Entzugsbeschwerden bei Stopp des Konsums oder die Toleranzentwicklung, das heißt die Notwendigkeit aus Sicht der Betroffenen, die Alkoholdosis zu steigern, um den erwünschten psychotropen Effekt zu erzielen. Entzugsbeschwerden und Toleranzentwicklung sind Folge der Adaptation des Gehirns an die chronische Aufnahme von Alkohol. Fragebogen wie der AUDIT helfen bei der Einteilung des Alkoholproblems (S3-Leitlinie, 2021); sie berücksichtigen neben der Menge an konsumiertem Alkohol die sozialen und psychischen Konsequenzen des Trinkens.

Epidemiologie, Folgen und Bedeutung des übermäßigen Alkoholkonsums

In Deutschland sind 1,6 Millionen Personen alkoholabhängig (DHS, 2022). Alkoholabhängigkeit ist eine chronische psychiatrische Erkrankung, die mit einer hohen genetischen Vorbelastung einhergeht und zu gesundheitlichen Schäden, zu Problemen in der Familie und am Arbeitsplatz führt. Zudem gibt es schwerwiegende Folgen des Alkoholkonsums für die Gesellschaft als Ganzes (Verkehrsunfälle, Straftaten, Arbeitsausfall). Der Alkoholkonsum verursacht hohe direkte und indirekte Kosten von geschätzt 57,04 Milliarden Euro/Jahr für die Volkswirtschaft in Deutschland (DHS, 2022). Zudem sind etwa 80–90 % der Alkoholabhängigen zum gegebenen Zeitpunkt nicht in einer suchtspezifischen Behandlung („treatment gap“). Die Verringerung alkoholbedingter Schäden und die Prävention gehören heute zu den wichtigsten gesellschaftlichen Herausforderungen.

Behandlung

Bei alkoholabhängigen Patientinnen und Patienten ist eine spezialisierte Behandlung indiziert, die insbesondere Therapieelemente wie die Entzugsbehandlung, die Entwöhnungsbehandlung und die Nachsorge zur Aufrechterhaltung des abstinenten Zustandes umfasst. Bei der (meist stationären) qualifizierten Entzugsbehandlung wird das Entzugssyndrom medikamentös gelindert. Begleitend werden etwaige psychische oder körperliche Erkrankungen diagnostiziert und eine Behandlung eingeleitet. Patientinnen und Patienten werden motiviert, eine Behandlung im Anschluss an den Entzug aufzunehmen, um ein abstinentes Leben aufzubauen. Dies kann eine mehrmonatige stationäre Entwöhnungsbehandlung in einer

Suchtfachklinik sein. Inzwischen gibt es aber auch ambulante psychiatrische Angebote zur abstinentenorientierten Behandlung, zum Teil unter Einsatz von abstinentenzstützenden Medikamenten wie Acamprosat, Naltrexon und Nalmefen.

Insbesondere die Hausärztin bzw. der Hausarzt hat eine Schlüsselrolle, wenn es darum geht, eine Alkoholproblematik anzusprechen und eine Behandlung anzuregen. Es gibt in Deutschland ein breites und vielfältiges Netz an Suchtberatungsstellen, Stationen zur qualifizierten Entzugsbehandlung sowie von Suchtfachkliniken. An vielen Orten traten in den vergangenen Jahren ambulante Therapieangebote hinzu. Wenn es eine Ärztin oder ein Arzt schafft, mittels Kurzinterventionen Alkoholabhängige zum Aufsuchen einer Beratungsstelle beziehungsweise einer suchtspezifischen Behandlung zu motivieren, ist schon sehr viel erreicht. Die Hausärztin oder der Hausarzt sollte wissen und auch der betroffenen Person mitteilen, dass der Behandlungserfolg bei Alkoholkranken in einer spezialisierten Klinik weit besser ist, als gemeinhin angenommen. Dies stimmt vor allem für Patientinnen und Patienten mit einer Anstellung und einem erhaltenen sozialen Netz. Entsprechende Nachuntersuchungen zeigen Erfolgsquoten (Abstinenzrate) von etwa 60 % 12 Monate nach der Entwöhnungsbehandlung (Kiefer et al., 2022). Die Aufgabe der Hausärztin oder des Hausarztes besteht hier in der Unterstützung und Ermutigung, diesen langfristigen, aber erfolgversprechenden Weg aufzunehmen.

Nach der aktuellen AWMF-Leitlinie zur Behandlung alkoholbezogener Störungen ist die Wirksamkeit von Kurzinterventionen bei der großen Gruppe derjenigen, die zwar (noch) nicht abhängig sind, aber einen riskanten Konsum aufweisen, mit hoher Evidenz belegt; ihre Durchführung durch Behandelnde wird empfohlen (S3-Leitlinie, 2021). Ausgehend von einem körperlichen Befund, einem Laborbefund oder einem Screening-Fragebogen versuchen Behandelnde, mit Patientinnen und Patienten im Sinne einer Unterstützung bei einer gesundheitsfördernden Lebensführung über ihren Alkoholkonsum ins Gespräch zu kommen. Auch können Angehörige den Anlass liefern, über Alkoholkonsum zu sprechen. Daher kann der Einbezug der Familie oder von Bekannten hilfreich sein. Dem steht allerdings entgegen, dass Familien oft aus Scham die Abhängigkeit eines Familienmitgliedes verbergen und alles daransetzen, dieses Problem nicht publik werden zu lassen.

Vorgehen

Oft werden Hausärztinnen und Hausärzte nicht primär wegen Alkoholproblemen aufgesucht, sondern wegen körperlicher Beschwerden, die aber durchaus Folge des übermäßigen Alkoholkonsums sein können. Im Zusammenhang mit der Abklärung dieser Beschwerden kann dann der Alkoholkonsum angesprochen werden. Falls aus Sicht der Ärztin oder des Arztes Anhalt für eine Alkoholproblematik besteht, muss die Ärztin oder der Arzt sich für ein ent-

sprechendes Gespräch genügend Zeit reservieren. Die Patientin bzw. der Patient muss die Gelegenheit haben, sich zu erklären, die Ärztin bzw. der Arzt muss die Möglichkeit haben, Rückfragen zu stellen und weitere Schritte anzubieten. Die Diagnostik und Einteilung der Schwere des Alkoholkonsums verfolgen zwei Ziele: zum einen die Exploration des aktuellen Status und zum anderen die Erfassung der Stufen der Bereitschaft (Motivation), ein allfälliges Alkoholproblem zum Thema zu machen und sich gegebenenfalls auf einen Veränderungsprozess einzulassen (DiClemente und Prochaska, 1998).

Die Ärztin oder der Arzt kann ein Gespräch so einleiten:

„Sie haben mir einige wichtige Informationen zu Ihrem Gesundheitsverhalten wie körperliche Aktivitäten, Trink- und Rauchgewohnheiten gegeben. Das ist nicht selbstverständlich, vielen Dank! Ich möchte mit Ihnen kurz darüber reden. Einverstanden?“

Für das ärztliche Gespräch in der Praxis eignen sich am ehesten Kurzinterventionen nach den Gesprächsprinzipien des „motivational interviewing“ (siehe Rollnick et al., 1999). Solche Kurzinterventionen helfen der Ärztin oder dem Arzt herauszufinden, inwieweit Patientinnen und Patienten motiviert sind, ihr Verhalten zu ändern, und wie sie dabei am besten unterstützt werden könnten. Im Gegensatz zu einer paternalistischen, unter Umständen als bevormundend erlebten ärztlichen Kommunikation, die Patientinnen und Patienten quasi vorschreibt, was sie zu tun haben, setzt das „motivational interviewing“ (MI) auf die Aktivierung der Ressourcen der Patientinnen und Patienten. Zu den Gesprächsprinzipien des MI gehört die Annahme, dass die Patientin oder der Patient grundsätzlich zu einer angemessenen Verhaltensänderung in der Lage ist (self-efficacy) und hierfür selbst die Verantwortung (responsibility) trägt. Hierbei können Ärztinnen und Ärzte Veränderungsprozesse anstoßen, indem sie – ohne die Patientin oder den Patienten entlarven oder überführen zu wollen – medizinische Befunde, zum Beispiel Laborwerte, in Zusammenhang mit dem Alkoholkonsum stellen (Feedback) und die betroffene Person zum Nachdenken über Schlussfolgerungen aus solchen Befunden für ihren Alkoholkonsum anregen. Die Ärztin oder der Arzt kennt die regionalen Hilfsangebote und kann ihre Besonderheiten erläutern. Das Gespräch ist getragen von einem einführenden Verständnis (empathy) für die Lebenslage der Patientin oder des Patienten und die Schwierigkeiten einer Verhaltensänderung. Letztlich bestimmt jedoch die betroffene Person selbst, wie viel und welche Verhaltensänderungen sie angehen möchte. Der Arzt bzw. die Ärztin prüft hierbei, in welchem Veränderungsstadium („Stages of Change“) sich die betroffene Person befindet, was wiederum die Ziele des Gespräches bestimmt und unnötige Interventionen, zum Beispiel in Hinblick auf die aktuelle Aufnahme einer abstinenzorientierten Behandlung, vermeidet, wenn der Patient bzw. die Patientin im Moment dafür gar nicht zugänglich ist.

Gibt eine betroffene Person klar zu verstehen, dass sie auf das Beratungsangebot (im Moment) nicht eingehen will, muss der Arzt bzw. die Ärztin dies respektieren. Auch dann ist diese Intervention aber nicht sinnlos, da der Patient bzw. die Patientin die Erfahrung machen konnte, dass die Fachperson bereit ist, das Thema Alkohol anzusprechen. Ein weiterer wichtiger Grundsatz besteht darin, Rückfälle nicht als Versagen zu verstehen – weder ärztlich noch auf Betroffenenseite. Rückfälle sind vielmehr Teil des Veränderungsprozesses und lassen sich für einen erneuten Anfang mit entsprechender kluger Anpassung nutzen.

Da Motivationsgespräche länger dauern können, lohnt es sich, die betroffene Person zu einer Randstunde einzubestellen. Zu vermeiden sind ineffiziente Konsultationen, in denen von ärztlicher Seite herabsetzende Fragen gestellt oder beschämende Ratschläge gegeben werden. Oft geht es darum, deutlich zu machen, dass Arzt/Ärztin und Patient/Patientin das Problem erkannt haben, dass das Problem explizit und unmissverständlich beim Namen genannt wird und dass die Fachperson ihre Bereitschaft, darauf einzugehen, wirklich ernst meint.

Aktuell wird diskutiert, ob der Wechsel von der ausschließlich abstinenzorientierten Behandlung zum „harm reduction approach“ (Schadensminderung) vertretbar ist. Sinnvoll scheint dies vor allem bei alkoholabhängigen Patientinnen und Patienten, die immerhin bereit sind, an einem kontrollierten (reduzierten) Konsum zu arbeiten, aber sich auf das Ziel der Abstinenz aktuell nicht ausrichten wollen. Insbesondere in Hinblick auf die körperliche Gesundheit und soziale Probleme im Zusammenhang mit übermäßigem Alkoholkonsum ist ein kontrollierter Konsum bereits von Bedeutung. Medikamente wie Naltrexon oder Nalmefen, also Opioidrezeptor-Antagonisten, deren Wirksamkeit vorrangig für die Reduktion des Konsums belegt ist, könnten diesem Ansatz mehr Bedeutung verleihen. Zudem wird kontrovers diskutiert, ob das kontrollierte Trinken für Alkoholabhängige nur ein Zwischenstadium ist, auf das später dann der Entscheid zur Abstinenz folgt beziehungsweise der Rückfall in den abhängigen Konsum, oder ob es Alkoholabhängigen gelingt, langfristig einen kontrollierten Konsum zu praktizieren. Auch wenn es nur ein Zwischenstadium wäre, kann das Angebot von therapeutischen Hilfen, bei denen die Betroffenen sich nicht zum Anfang der Behandlung schon zum Abstinenzziel verpflichten müssen, eine Möglichkeit sein, den Anteil der Alkoholabhängigen in Behandlung zu erhöhen. Kontrolliertes Trinken besteht zum Beispiel darin, auf Alkoholkonsum an bestimmten Tagen oder in bestimmten Situationen zu verzichten oder die Trinkmenge pro Tag zu reduzieren.

Ziel der hier vorgestellten Vorgehensweise ist es, eine therapeutische Umgebung herzustellen, die es Patientinnen und Patienten erlaubt, ihre Gesundheit selbstverantwortlich in die Hand zu nehmen. Besteht seitens der Patientinnen und Patienten der Wunsch nach Verhal-

tensänderungen, sollten Ärztinnen und Ärzte mit allen Mitteln unterstützend eingreifen. Doch auch wenn Patientinnen und Patienten aktuell Veränderungen ablehnen, sollten diese Entscheidungen respektiert und Betroffene als Personen akzeptiert werden. Gerade hiermit schaffen Ärztinnen und Ärzte in der ärztlichen Praxis das therapeutische Klima, das es Patientinnen und Patienten erlaubt, Konflikte und Schwierigkeiten anzusprechen. Dieser gegenseitige Respekt zwischen Arzt/Ärztin und Patient/Patientin führt dann auch im schwierigen Bereich der Suchtbehandlung eher zu einer befriedigenden und erfolgversprechenden Dialogbereitschaft und erleichtert so eine Verhaltensänderung.

Literatur

- DHS (2022) Jahrbuch Sucht 2022. Pabst, Lengerich.
- Di Clemente C., Prochaska J.: Toward a comprehensive, transtheoretical model of change: Stages of Change and addictive behaviors. In: Miller W R, Heather N (Hrsg.): Treating addictive behaviors. 2nd edn. Plenum, New York 1998.
- Kiefer F., Koopmann A., Müller C. A., Mann K. F., Heinz A.: Alkoholabhängigkeit. In: Voderholzer U., Hohagen F. (Hrsg.) Therapie psychischer Erkrankungen – State of the Art. Urban & Fischer, München Jena, 17. Aufl., S. 45–59; 2022
- Rollnick S., Mason P., Butler Ch.: Health Behaviour Change – a Guide for Practitioners. Churchill Livingstone, Philadelphia 1999.
- S3-Leitlinie „Screening, Diagnose und Behandlung alkoholbezogener Störungen“ AWMF-Register Nr. 076-001; Stand 01.01.2021. www.awmf.org

3.9. Gespräch mit Angehörigen von kranken Kindern

Gespräche mit Eltern von kranken Kindern weisen gegenüber anderen ärztlichen Gesprächen einige Besonderheiten auf. In der Regel handelt es sich um Mehrpersonengespräche, an denen die Ärztin bzw. der Arzt, die Eltern, das Kind und evtl. weitere Gesundheitsfachleute anwesend sind. Das verlangt von der Ärztin bzw. vom Arzt die Fähigkeit, sich gleichzeitig und flexibel auf mehrere Menschen mit unterschiedlichen Wünschen, Ansprüchen und kommunikativen Fertigkeiten einzustellen und zudem auch das Kind in die Gespräche miteinzubeziehen. Dafür muss es der Ärztin oder dem Arzt gelingen, eine Beziehung zum Kind aufzubauen und die Gesprächsführung an die kommunikative Kompetenz des Kindes anzupassen. Der Umstand, dass nicht die Patientin oder der Patient selbst, sondern die Eltern für ihr minderjähriges Kind sowohl Ansprechpersonen als auch Entscheidungstragende für medizinische Maßnahmen sind, macht die Zusammenarbeit komplex und störungsanfällig. Auch die Tatsache, dass die Angehörigen für ihre Kinder Entscheidungen treffen (müssen), die möglicherweise von der Ärztin bzw. vom Arzt nicht gutgeheißen werden (zum Beispiel Verweigerung einer notwendigen medizinischen Maßnahme), kann zu schwierigen Gesprächssituationen führen und in der Folge schlimmstenfalls Fragen nach Kinderschutzmaßnahmen aufwerfen. Für eine gute Zusammenarbeit ist es deshalb wichtig, gemeinsam mit der Familie ein von al-

len akzeptiertes und stimmiges Krankheitsverständnis zu erarbeiten und die therapeutischen Maßnahmen stets zu kommunizieren. Nicht das kranke Kind ist die Patientin bzw. der Patient, sondern die Familie. Die Erkrankung eines Kindes wirkt sich immer auf die ganze Familie aus und beeinflusst die Paar- und Elternbeziehung, aber auch die Beziehung zu gesunden Geschwistern. Die Beeinträchtigung im Befinden von Geschwistern wird jedoch häufig nicht ausreichend wahrgenommen. Die Ärztin oder der Arzt sollte deshalb immer aktiv danach fragen, wie sich die Erkrankung auf die Familie auswirkt und wie die Geschwister mit der Erkrankung zurechtkommen.

Ob das Gespräch von Beginn an zusammen mit dem Kind und den Angehörigen geführt wird, ob die Angehörigen mit dem Kind zunächst alleine über die Erkrankung sprechen oder die Ärztin bzw. der Arzt zuerst mit dem Kind alleine spricht, muss vorher zusammen mit den Angehörigen geklärt werden. In einer Arbeit über Eltern von Kindern mit akuter lymphoblastischer Leukämie wünschen sich fast alle Eltern, ohne Beisein der Kinder mit Ärztinnen und Ärzten sprechen zu können, da sie sich dann besser konzentrieren können und da sie selbst entscheiden wollen, wie sie ihrem Kind die Informationen weitergeben.

Mit zunehmendem Alter wird die Autonomie des Kindes zu einem zentralen Thema. Ab etwa zwölf Jahren sind Jugendliche urteilsfähig und haben ein Entscheidungsrecht für persönliche Angelegenheiten. Sie müssen deshalb in Entscheidungen miteinbezogen werden. Damit stellt sich auch die Frage, wie weit die Eltern über das ärztliche Tun an ihren Kindern (mit)bestimmen dürfen. Das Eltern-Arzt-Patienten-Verhältnis wird komplexer und damit auch störungsanfalliger, weil strittig sein kann, welche Entscheidungen der Jugendliche selbst treffen darf. Auch die konkrete Auslegung der Schweigepflicht wird nun zentral, da sie die Frage berührt, auf welche Informationen über ihre Kinder Angehörige Anspruch haben.

Das schwierige Gespräch mit den Eltern

Das Gespräch mit den Eltern ist meist unkompliziert, wenn eine leicht erkennbare und gut behandelbare Erkrankung vorliegt. Darüber informiert zu werden, dass eine schwere Erkrankung des Kindes vorliegt oder ein langfristig fataler Verlauf zu erwarten ist, stellt jedoch für Angehörige und pädiatrische Fachkräfte eine große Belastung dar.

Im Prinzip gelten die gleichen Empfehlungen zum Überbringen schlechter Nachrichten wie in der Erwachsenenmedizin (Kapitel 3.3.). Erschwerend kommt bei Gesprächen mit Eltern schwer kranker Kinder hinzu, dass sie sich auf der Suche nach Erklärungen und Ursachen oft Vorwürfe machen, selbst schuld zu sein, etwa Krankheitszeichen zu spät erkannt zu haben. Sie suchen nicht nur bei sich, sondern auch beim anderen Elternteil oder anderen Beteiligten

nach Schuldigen. Ärztinnen und Ärzte sind also mit vielfältigen Ängsten, Befürchtungen und Fragen konfrontiert und sollten sich daher – genauso wie in der Erwachsenenmedizin – genau überlegen, was sie zu einem bestimmten Zeitpunkt ansprechen wollen.

Bei der Vermittlung von Informationen sollte berücksichtigt werden, dass viele Angehörige durch die Erkrankung ihres Kindes emotional so aufgewühlt und betroffen sind, dass es ihnen kaum gelingt, sich auf das Gespräch einzustellen, zuzuhören und die Informationen aufzunehmen.

Eltern krebskranker Kinder artikulieren unterschiedliche Anliegen gegenüber verschiedenen Berufsgruppen: Von behandelnden Ärztinnen und Ärzten erhoffen sie sich vor allem ehrliche und kompetente Information, von Pflegenden eher emotionale Unterstützung durch explizites Aufgreifen von Sorgen und Trauer. Aus der Sicht der Eltern helfen ihnen beide Berufsgruppen auf ihre je eigene Art, was für die gängige Praxis spricht, sich in der Krebsbehandlung auf multiprofessionelle Teams zu verlassen.

Das Gespräch mit Kindern und Jugendlichen

Kinder haben das Recht auf altersgemäÙe Information und Aufklärung über alle diagnostischen und therapeutischen Schritte sowie den zu erwartenden Verlauf der Erkrankung. Auch wenn das Kind noch über wenig verbale Kompetenz verfügt, sollte immer mit ihm gesprochen werden. Ab einem Alter von etwa sieben Jahren können Kinder in medizinische Entscheidungen miteinbezogen werden. Die Ärztin oder der Arzt sollte das Kind wahrheitsgetreu über seine Erkrankung informieren. Dies fällt vielen Ärztinnen und Ärzten schwer, weil sie nicht wissen, wie sie die (komplexe) Krankheit erklären sollen und/oder sich vor möglichen Fragen fürchten. Aus falsch verstandenem Schonverhalten die Kinder nicht oder gar falsch zu informieren, ist jedoch nicht hilfreich. Falschinformationen und Schweigen sind für das Kind schlimmer als Reden, nimmt es doch meist genau wahr, wenn etwas nicht stimmt, und macht sich entsprechend seine eigenen Gedanken und Fantasien. Diese sind oft bedrohlicher als die Realität. Es kommt zu falschen Schlüssen und Annahmen, etwa in dem Sinne, dass es selbst für die Erkrankung verantwortlich ist. Jede Falschinformation oder Notlüge untergräbt das Vertrauen und fördert das Misstrauen gegenüber Ärztinnen bzw. Ärzten und Eltern, was eine weitere Behandlung schwierig macht. Eine altersgerechte Information über die Erkrankung gibt dem Kind die Möglichkeit, Fragen zu stellen und sich Unterstützung zu holen.

Zeichnungen und Bücher zur Illustration sind bei jüngeren Kindern zur Information wichtig. Ein gutes Beispiel, wie Kindern die Angst vor dem Arztbesuch genommen werden kann, ist das von Kindern selbst verfasste „Mutmachbuch für Krankenhaus und Arztpraxis“, das von

der Ärztekammer Nordrhein gemeinsam mit der AOK Rheinland/Hamburg herausgegeben worden ist.

Ärztinnen und Ärzte sollten bei Kindern immer rückfragen, was sie verstanden haben. Suggestive Fragen wie „Du hast es doch verstanden?“ helfen nicht weiter, weil Kinder gegenüber Autoritätspersonen in der Regel zustimmen, auch wenn sie das Gesagte nicht verstanden haben. Das Kind sollte beim Arztgespräch vor den Eltern gefragt werden, was es über die Erkrankung oder Behandlung weiß. Dabei soll es selbst zu Wort kommen und die Beschwerden in seinen eigenen Worten schildern. Die ärztliche Fachperson kann sich so eine Vorstellung darüber machen, welche konkreten Krankheitsvorstellungen das Kind hat, um sich im anschließenden Gespräch an das Vorwissen und die Krankheitsvorstellungen des Kindes anzupassen. In vielen Fällen redet die Fachperson nach der Begrüßung jedoch nicht mehr direkt mit dem Kind, sondern nur noch mit den Eltern über das Kind. Antwortet das Kind jeweils nicht sofort, greifen oft die Eltern ein und antworten stellvertretend für das Kind. Hier ist es wichtig, die Eltern zu bitten, sich zurückzuhalten und dem Kind zu signalisieren, dass man daran interessiert ist, dass es die Fragen selbst beantwortet.

Grundregeln für das Gespräch mit dem Kind:

- Sprache dem Alter und Entwicklungsstand des Kindes anpassen.
- Das Kind selbst über seine Beschwerden reden lassen.
- Dem Kind Zeit geben, im eigenen Tempo zu sprechen.
- In kurzen, klaren, einfachen Sätzen sprechen; Fachausdrücke vermeiden.
- Wichtige Informationen mehrfach geben, aber Eltern und Kind nicht mit Informationen überhäufen.
- Sich erzählen lassen, was das Kind verstanden hat.
- Keine Suggestivfragen stellen.
- Nicht nur reden, sondern das Gesagte auch visualisieren (Zeichnungen, Illustrationen usw.).
- Der Krankheit einen Namen geben (z. B. Krebs).
- Raum für Fragen lassen; zu Fragen ermutigen, aber nicht drängen.
- Es muss nicht alles beim ersten Gespräch im Detail erklärt werden.
- Was gesagt wird, muss wahr sein.
- Das Kind von möglichen Schuldgefühlen und Selbstvorwürfen entlasten.
- Dem Kind versprechen, dass es über alles Wichtige informiert werden wird.
- Alle Fragen wahrheitsgetreu beantworten. Kinder erwarten ehrliche Antworten auf ihre Fragen.

- Dazu stehen, wenn für eine Frage keine sichere Antwort möglich ist (z. B. „Werde ich wieder ganz gesund?“, „Muss ich sicher nicht sterben?“).

Eine zeitliche Limitierung der Gespräche nach Alter der Kinder ist sinnvoll. Empfehlenswert ist für 3- bis 6-Jährige eine Gesprächszeit von etwa 10 bis 15 Minuten, für 6- bis 8-Jährige 20 Minuten, für über 8-Jährige etwa 30 Minuten.



**Gespräch mit Angehörigen von kranken Kindern
Kind mit Fieber**
www.aekno.de/leitfaden/krankes-kind

Literatur

- Ärztammer Nordrhein / AOK Rheinland/Hamburg: Mutmachbuch für Krankenhaus und Praxis unter: https://www.gesundmachtschule.de/fileadmin/user_upload/gesundmachtschule/images/Wettbewerbsergebnisse/Gluecksbuch_i.pdf
- Langer T.: Das Gespräch zwischen Patienten, Eltern und Arzt in der Pädiatrie. In: Langer T., Schnell M. W. (Hrsg.): Das Arzt-Patient/Patient-Arzt-Gespräch. Marseille-Verlag, München 2009. S. 43–52.
- Sisk, B. A., J. Mack J. W., Ashworth R., DuBois J. (2018). Communication in pediatric oncology: state of the field and research agenda. *Pediatric blood & cancer* 65(1): e26727.
- Stein, A., Dalton L., Rapa E., Bluebond-Langner M., Hanington L., Stein K. F., Ziebland S., Rochat T., Harrop E., Kelly B. (2019). Communication with children and adolescents about the diagnosis of their own life-threatening condition. *The Lancet* 393(10176): 1150–1163.
- Tates K., Meeuwesen L.: Doctor-parent-child communication. A (re)view of the literature. *Social Science and Medicine*. 2001; 52: 839–51
- Tates K., Meeuwesen L., Elbers E., Bensing J.: 'I've come for this throat': roles and identities in doctor-parent-child communications. *Child Care, Health and Development*. 2002; 28: 109-16.
- Wassmer E., Minnaar G., Abdel Aal N. et al.: How do paediatricians communicate with children and parents? *Acta Paediatrica*. 2004; 93: 1501–6.

3.10. Gespräch mit Angehörigen von Patientinnen und Patienten mit Demenzerkrankungen

In Deutschland leben aktuell etwa 1,8 Millionen Menschen mit einer Demenzerkrankung.

Im Jahr 2050 werden es voraussichtlich 2,8 Millionen Menschen sein. 69,3 % der hochaltigen Betroffenen leben daheim, 18,6 % werden in einem Alten- oder Pflegeheim betreut, der Rest in alternativen Wohnformen wie Mehrgenerationenhäuser und Wohnpflegegruppen. Demenz betrifft in hohem Maß auch die Angehörigen. Bei den daheim lebenden Erkrankten übernehmen sie mehrheitlich die Verantwortung für Pflege und Betreuung. Hauptpflege-

personen sind meistens enge Familienangehörige, überwiegend Frauen, mehr als die Hälfte selbst in einem fortgeschrittenen Alter.

Betreuenden Angehörigen von Menschen mit Demenz fällt es oft schwer, die bei Partnern/ Partnerinnen oder Eltern erkannten Probleme in der ärztlichen Praxis anzusprechen. Häufig geschieht dies erst, wenn psychiatrische Begleitsymptome wie Aggressivität, Weglauf-tendenz, Tag-Nacht-Umkehr, Halluzinationen oder Wahnvorstellungen das Zusammenleben beeinträchtigen.

Es gehört daher zu den hausärztlichen Aufgaben, diskreten Hinweisen auf kognitive Störungen vonseiten der Betroffenen oder ihrer Angehörigen nachzugehen.

Pflegende Angehörige von Menschen mit Demenz leiden vermehrt unter psychischen und somatischen Erkrankungen. Man weiß, dass Interventionen, die sich rein auf die Vermittlung von Wissen konzentrieren, Wohlbefinden und Lebensqualität der Angehörigen kaum verbessern. Viel effektiver sind kognitiv-verhaltenstherapeutisch ausgerichtete Interventionen in der Absicht, die Problemlösungskompetenz der Angehörigen zu stärken. Vorsichtig soll kommuniziert werden, dass sich vermeidende und regressive Copingstrategien (Wunschdenken, Resignation und Klagen) ungünstig auswirken und zu vermehrter Depressivität führen. Hin-gegen können folgende Verhaltensweisen für Angehörige von Menschen mit Demenz im Sinne einer positiven, belastungsreduzierenden und gesundheitsfördernden Bewältigung hilfreich sein: Entspannung, Information, Ablenkung, Distanzierung, Problemanalyse und -lösung, Akzeptanz, soziale Unterstützung, Veränderung der Lebenssituation, Neubewertung der Symptomatik und der Pflegesituation sowie Kontrollierbarkeit von Stressereignissen.

Vermitteln der Demenzdiagnose

Schon im Rahmen der hausärztlichen Abklärung empfiehlt es sich, neben der Anamnese mit der betroffenen Person selbst je nach Situation eine Fremdanamnese mit Angehörigen allein ohne die erkrankte Person zu erheben. Eine frühzeitige Diagnose sowie der Einsatz von nicht medikamentösen und evtl. auch medikamentösen Behandlungen vermag in der Regel die Lebensqualität der Betroffenen und deren Angehörigen zu verbessern, erlaubt eine sorgfältige Zukunftsplanung (z. B. das Errichten von Patientenverfügungen und Notfallanordnungen) und kann Krisen und Folgeschäden verhindern. Bezugspersonen haben Gelegenheit, sich mit ihrer zukünftigen Rolle als Betreuende auseinanderzusetzen und sich auf die mit der Demenzerkrankung ihrer Angehörigen einhergehenden Veränderungen vorzubereiten. Diese Vorbereitung trägt nachweislich dazu bei, den Druck und die Belastung von Erkrankten und ihren Bezugspersonen zu verringern. Es ist deshalb auch nicht erstaunlich, dass 90 % aller an einer

Demenz erkrankten Menschen und Angehörigen die ihnen eröffnete Diagnose als Erleichterung empfinden. Für das eigentliche Diagnosegespräch soll die betroffene Person von einer Vertrauensperson begleitet werden; die Informationen sollen aber wenn immer möglich an den erkrankten Menschen allein gerichtet sein. Da Angehörige oftmals andere Fragen haben als Betroffene, können abschließend im Einverständnis mit der erkrankten Person Gespräche allein mit Angehörigen stattfinden.

Diagnosegespräch als Beginn einer Begleitung über einen längeren Zeitraum

Das Diagnoseeröffnungsgespräch soll als Anfang eines länger dauernden Prozesses betrachtet werden. Zumal die Aufnahmefähigkeit für die komplexen Gesprächsinhalte bei Betroffenen und Angehörigen begrenzt ist, soll im Verlauf der Erkrankung wiederholt auf die Natur, den Verlauf und die Prognose der Erkrankung, aber auch über die vorzukehrenden Maßnahmen eingegangen werden. Auch Empfehlungen für Beratungsstellen, Selbsthilfe- und Angehörigengruppen sind immer wieder zu geben, da sich die Bedürfnisse und die Bereitschaft, Hilfe anzunehmen, im Verlauf eines Krankheitsprozesses oft verändern.

Erleben und Akzeptieren des uneindeutigen Verlustes eines geliebten Menschen

Pauline Boss hat den Begriff des uneindeutigen Verlusts geprägt. Angehörige von Menschen mit Demenz erleben diesen Verlust auf der Beziehungsebene anhaltend: Auf der einen Seite ist die erkrankte geliebte Person noch da, auf der anderen Seite entschwindet sie jeden Tag ein wenig mehr. Dies führt zu einem Wechselbad der Gefühle. Angehörige fühlen Zuneigung und gleichzeitig Ablehnung; sie trauern und haben gleichzeitig den Wunsch nach vermehrter Freiheit und einem Leben mit weniger Belastungen. Mit geeigneten Fragetechniken gelingt es, diese Gefühle und Bedürfnisse der Angehörigen zu erfassen und ihnen zu ermöglichen, für sich neue Wege zu finden; in einer Partnerschaft geht es darum, die Realität einer Beziehung mit einem demenzbetroffenen Menschen zu akzeptieren und sich, wie Pauline Boss schreibt, aktiv für eine „genügend gute“ Beziehung zu entscheiden, auch wenn diese weniger als perfekt ist.

Literatur

- Global status report on the public health response to dementia. Geneva: World Health Organization; 2021.
- GBD 2019 Dementia Forecasting Collaborators. (2022). Estimation of the global prevalence of dementia in 2019 and forecasted prevalence in 2050: An analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *The Lancet Public Health*, 7, e105–e125.
- Brijoux T, Zank S. D.: 80+ Kurzbericht. Auswirkungen kognitiver Einschränkungen (Demenz) auf Lebensqualität und Versorgung, Nummer 7 April 2022.
- Ehrlich U, Kelle N.: Pflegenden Angehörige in Deutschland: Wer pflegt, wo, für wen und wie? *Zeitschrift für Sozialreform* 2019, Jg. 65(2), S. 175–203.
- Nowossadeck S., Engstler H., Klaus D.: Pflege und Unterstützung durch Angehörige, Report Altersdaten, (Bd. 1/2016), Berlin: Deutsches Zentrum für Altersfragen.

- Lämmle G.: Hilfe beim Helfen: Angehörigenarbeit in Deutschland; in Bopp-Kistler I. Demenz – Fakten, Geschichten, Perspektiven. Ruffer & Rub 2016.
- Gilhooly KJ, Gilhooly ML, Sullivan MP, McIntyre A, Wilson L, Harding E, Woodbridge R, Crutch S. A meta-review of stress, coping and interventions in dementia and dementia caregiving. *BMC Geriatr*. 2016 May 18; 16: 106
- Wilz G, Gunzelmann T. Demenz und Angehörige in Wallech CW und Förstl H.: *Demenzen* 2012: 382–387.
- Bockstaller R.: Angehörigengruppen: Gemeinsam stark; in Bopp-Kistler I. Demenz – Fakten, Geschichten, Perspektiven. Ruffer & Rub 2016.
- Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW): Medizin-ethische Richtlinien: Betreuung und Behandlung von Menschen mit Demenz. Bern: SAMW; 2017.
- de Vugt ME, Verhey FR. The impact of early dementia diagnosis and intervention on informal caregivers. *Prog Neurobiol*. 2013; 110: 54–62.
- Gruters AAA, Christie HL, Ramakers IHGB, Verhey FRJ, Kessels RPC, de Vugt ME. Neuropsychological assessment and diagnostic disclosure at a memory clinic: A qualitative study of the experiences of patients and their family members. *Clin Neuropsychologist*. 2020 Apr 17; 1–17.
- Boss P.: Da und doch so fern – Vom liebevollen Umgang mit Demenzkranken. Ruffer & Rub 2014.
- Bopp-Kistler I.: Einmal nach nirgendwo – die Perspektive der Angehörigen; in Bopp-Kistler I. Demenz – Fakten, Geschichten, Perspektiven. Ruffer & Rub 2016.
- Kindle-Beilfuss C.: Fragen können wie Küsse schmecken. Systemische Fragetechniken für Anfänger und Fortgeschrittene. Carl Auer 2022.

3.11. Arbeiten mit Dolmetscherinnen und Dolmetschern

Patientinnen und Patienten, die nicht Deutsch oder ein gängiges ausländisches Idiom wie Englisch sprechen, können sich oft nicht verständlich machen und werden daher zum Teil nicht richtig verstanden. Mittlerweile ist gut etabliert, dass Sprachbarrieren die Qualität der gesundheitlichen Versorgung beeinträchtigen. Es ist auch klar, dass Dolmetscherinnen und Dolmetscher mit einer professionellen Ausbildung besser geeignet sind, ein Gespräch zwischen Patient/Patientin und Arzt/Ärztin zu übersetzen als Ad-hoc-Übersetzerinnen und -Übersetzer (etwa zufällig anwesendes Personal oder Familienangehörige).

Das Problem ist allerdings, dass professionelle Dolmetscherinnen und Dolmetscher nicht immer verfügbar und – wenn vorhanden – nicht immer finanzierbar sind. Dann stellt sich die Frage, wie zumindest grob abgeschätzt werden könnte, über welche Sprachkompetenz eine Patientin oder ein Patient verfügt. Was sicherlich nicht zielführend ist, sind Fragen – womöglich nach einer längeren Erklärungsphase der Fachperson – wie: „*Haben Sie mich verstanden?*“ oder geschlossene, womöglich suggestive Fragen wie: „*Sie nehmen das Marcumar seit 2 Jahren?*“. Am ehesten lässt sich das tatsächliche Niveau sprachlicher Kompetenz einschätzen, wenn die betroffene Person gebeten wird, in freier Rede zusammenzufassen, was sie gerade gehört hat. Diese Art des Zurückmeldens des Verstandenen wird mit Teach Back bezeichnet; die wahrscheinlich am besten funktionierende Version geht so: „*Wenn Sie gleich nach Hause kommen, wird Ihre Frau/Ihr Mann, Sie ja sicher fragen, was wir beide miteinander besprochen haben. Was werden Sie dann sagen?*“ und dann bekommt man im O-Ton zu hören, was als Essenz aus der Konsultation resultiert.

Bei Patientinnen und Patienten, die eingeschränkt sprachkompetent sind, ist es nicht sinnvoll, in Kindersprache zu verfallen und Verben nicht mehr zu konjugieren. Einfacher zu verstehen sind kurze Aussagesätze, ohne komplexere grammatikalische Strukturen wie Relativsätze oder Konditionalsätze. Bei langsamem Sprechen wird manchmal bereits durch die Beobachtung des Gegenübers deutlich, an welchen Stellen ein Wort auf Unverständnis stößt; wer sein Gegenüber nicht anschaut, verpasst diese Gelegenheiten.

Ad-hoc-Übersetzerinnen und -Übersetzer werden in der Literatur aus verschiedenen Gründen nicht empfohlen: Wenn sie verwandt sind mit der Patientin oder dem Patienten oder wenn sie aus der gleichen überschaubaren Sprachgemeinschaft wie die Patientin oder der Patient stammen, geraten sie beim Übersetzen häufig in einen Solidaritätskonflikt. Das führt dazu, dass sie zum Beispiel schlechte Nachrichten nicht übersetzen, weil sie die Patientin oder den Patienten nicht belasten wollen oder weil sie die Regeln ihrer Kulturgemeinschaft einhalten wollen; im Unterschied zu professionellen Dolmetscherinnen und Dolmetschern sagen sie nicht, was sie tun, sodass die Fachperson nicht weiß, was genau – und was eben nicht – übersetzt wurde.

Problematisch sowohl am Einsatz von Ad-hoc- als auch von professionellen Dolmetscherinnen und Dolmetschern ist, dass letztlich die Fachperson dafür verantwortlich ist, worüber gesprochen und was verstanden wird. Da sie die Fremdsprache, in die gedolmetscht wird, nicht versteht, ist sie auf Gedeih und Verderb der Kompetenz der Dolmetscherin oder des Dolmetschers ausgeliefert.

Es ist allerdings nicht so klar, welche Aufgabe professionelle Dolmetscherinnen oder Dolmetscher eigentlich haben: Sollen sie möglichst wortgetreu übersetzen oder sollen sie zwischen Kulturen vermitteln, also auch auf Gebräuche, Wertvorstellungen und unterschiedliche Definitionen von Tabuthemen fokussieren? Das Conduit-Modell entspricht der ersten Variante, bei der die Dolmetscherin oder der Dolmetscher den gesprochenen Text möglichst genau wiedergibt und die eigene Person stark zurücknimmt. Die weiter gefasste Definition entspricht zumindest zum Teil dem des „interkulturellen Übersetzens“, bei der die Dolmetscherin oder der Dolmetscher auch als interkulturelle Vermittelnde fungieren.

Der folgende Verhaltenskatalog für Fachpersonen hilft beiden Parteien, ein gedolmetschtes Gespräch möglichst korrekt und im Sinne der Patientin oder des Patienten durchzuführen.

Verhaltenskatalog für medizinische Fachpersonen

Vor dem Gespräch

1. Klären Sie, welche Fachbegriffe Sie benutzen werden (z. B. ‚Blutdruckmanschette‘)
2. Informieren Sie die Dolmetscherin oder den Dolmetscher über:
 - a. Inhalt, Ziel und Dauer des Gesprächs.
 - b. Die Notwendigkeit einer getreuen Wiedergabe, ohne eigene Interpretationen, ohne eigenes Hinzufügen oder Erklären.
 - c. Die Regel, in der Ich-Form zu dolmetschen.
 - d. Die Möglichkeit, bei der Fachperson nachzufragen, wenn die Dolmetscherin oder der Dolmetscher etwas nicht verstanden hat.

Im Gespräch

1. Stellen Sie Dolmetscherin/Dolmetscher und Patientin/Patient einander mit Namen vor.
2. Informieren Sie die Patientin / den Patienten, dass die Dolmetscherin / der Dolmetscher der Schweigepflicht untersteht.
3. Erklären Sie der Patientin / dem Patienten, dass die Dolmetscherin / der Dolmetscher ALLES, was im Gespräch gesagt wird, vollständig wiedergeben wird.
4. Halten Sie Augenkontakt zu der Patientin bzw. zum Patienten.
5. Sprechen Sie die Patientin bzw. den Patienten immer direkt an und sprechen Sie nicht in der dritten Person.
6. Formulieren Sie klar und deutlich, in vollständigen Sätzen und verwenden Sie keine unnötigen Fachwörter.
7. Fragen Sie die Patientin bzw. den Patienten, wenn die Wiedergabe für Sie keinen Sinn ergibt und/oder Sie keinen Zusammenhang mit Ihrer Frage sehen.
8. Bitten Sie die Patientin bzw. den Patienten zusammenzufassen, was verstanden wurde.

Nach dem Gespräch

1. Vergewissern Sie sich bei der Dolmetscherin bzw. dem Dolmetscher, ob es den Eindruck gab, dass das Gespräch für die betroffene Person korrekt und verständlich war.
2. Bitten Sie den Dolmetscher bzw. die Dolmetscherin um ein Feedback zu Ihrer Gesprächsführung.

Interkulturelle Vermittlung

Abschließend geht es um die grundsätzliche Frage, inwieweit Dolmetscherinnen und Dolmetschern die Aufgabe einer interkulturellen Vermittlung übertragen werden kann.

Man könnte kritisch anmerken, dass interkulturelles Übersetzen vor allem dann Sinn macht, wenn klar ist, zwischen welchen Kulturen vermittelt werden soll. Das Problem besteht hier im Kulturverständnis, also der Annahme, es gebe eine kurdische, kosovarische oder anatolische Kultur und diese lasse sich durch entsprechende Kulturstandards definieren. Die Tatsache, dass eine Dolmetscherin oder ein Dolmetscher die Sprache einer anderen Kultur spricht, ist nicht automatisch gleichbedeutend mit der Qualifikation, sich zur kulturellen Identität dieser Patientinnen und Patienten kompetent zu äußern. Letztlich ist die Dolmetscherin oder der Dolmetscher genauso wie eine Fachperson darauf angewiesen, diese Verortung einer kulturellen Identität jeweils neu und sorgfältig durchzuführen.



**Dolmetschervermitteltes Arzt-Patienten-Gespräch
Übelkeit und Schmerzen im Bereich des Brustkorbs**
www.aekno.de/leitfaden/dolmetscher



Dolmetschervermitteltes psychotherapeutisches Erstgespräch
www.aekno.de/leitfaden/foelter

Literatur

- Angelelli C.: Revisiting the interpreter's role: a study of conference, court, and medical interpreters in Canada, Mexico and United States. John Benjamins, Amsterdam 2004.
- Bischoff A. et al.: Language barriers between nurses and asylum seekers: their impact on symptom reporting and referral. *Social Science & Medicine*. 2003; 57(3): 503–12.
- Elderkin-Thompson V., Silver R. C., Waitzkin H.: When nurses double as interpreters: a study of Spanish-speaking patients in a US primary care setting. *Social Science & Medicine*. 2001. 52(9): 1343–58.
- Flores G. et al.: Errors in medical interpretation and their potential clinical consequences in pediatric encounters. *Pediatrics*. 2003; 111(1): 6–14.
- HHU Düsseldorf, 2014: Dolmetschervermitteltes Arzt-Patient-Gespräch unter: <http://mediathek.hhu.de/watch/ef478fe0-beb6-49ea-a9be-4113e76ac706> [Stand: 19.03.2015]
- HHU Düsseldorf, 2014: Interkulturelle Kompetenz für kommunale, soziale und klinische Arbeitsfelder unter: <http://fit-for-diversity-skills.de/index.php?id=3> [Stand: 19.03.2015]
- HHU Düsseldorf, 2014: Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) unter: <http://mediathek.hhu.de/watch/4612929d-f0b8-4cac-9a79-36f003823995> [Stand: 19.03.2015]
- Kale E., Syed H. R.: Language barriers and the use of interpreters in the public health services. A questionnaire-based survey. *Patient Educ Couns*. 2010; 81(2): 187–91.
- Ngo-Metzger Q. et al.: Providing high-quality care for limited English proficient patients: the importance of language concordance and interpreter use. *J Gen Intern Med*. 2007; 22 (Suppl. 2): 324–30.
- Sleptsova M., Hofer G., Morina N., Langewitz W.: The role of the health care interpreter in a clinical setting – a narrative review. *J Community Health Nurs*. 2014; 31: 167–84.
- Woloshin S. et al.: Is language a barrier to the use of preventive services? *J Gen Intern Med*. 1997; 12(8): 472–7.
- Krystallidou D., Langewitz W., van den Muijsenbergh M.: Multilingual health care communication: stumbling blocks, solutions, recommendations. *Pat Educ Couns* 2020; 104: 512–516.

3.12. Gespräch über Patientenverfügungen und Wiederbelebung – rechtliche Rahmenbedingungen

Der Wunsch und das Recht auf Selbstbestimmung sowie die Vielfalt der Handlungsmöglichkeiten am Lebensende haben dazu geführt, dass sich immer mehr Menschen frühzeitig selbst für oder gegen medizinische Maßnahmen entscheiden wollen.

In diese Entscheidungen fließen die individuellen Wertevorstellungen, Lebenserfahrungen und Haltungen ein, die sich im Laufe eines Lebens bilden. Es ist daher Ziel und gleichzeitig Herausforderung für eine Patientenverfügung, diese Aspekte auf der Grundlage der individuellen Situation der Betroffenen möglichst genau und verständlich abzubilden, um so ein plastisches und nachvollziehbares Abbild der gewünschten oder unerwünschten Behandlungsmaßnahmen zu erhalten. Im Sinne einer auf die Bedürfnisse der einzelnen betroffenen Person zugeschnittenen Behandlung ist es daher sehr begrüßenswert, dass heute immer mehr Menschen eine Patientenverfügung (PV) verfassen – am besten in gesunden Tagen. Der typische Ernstfall, für den sich Patientinnen und Patienten mit einer PV wappnen, ist die Frage nach einer Reanimation bei einem Herz-Kreislauf-Stillstand.

Damit Ärztinnen und Ärzte sowie Pflegekräfte bei der Erstellung einer PV die Urteilsfähigkeit, Wertvorstellungen und Behandlungspräferenzen der Patientinnen und Patienten erfassen können, bedarf es professioneller und kommunikativer Kompetenz.

PV halten die persönlichen Wertvorstellungen sowie den Willen einer betroffenen Person fest, für den Fall, dass sie sich nicht mehr äußern beziehungsweise nicht mehr entscheiden kann. Sie muss also mit Angehörigen, Ärzten/Ärztinnen und Pflegekräften über Fragen sprechen, in denen es um schwere Erkrankung, Sterben und Tod geht. Daher löst das Formulieren einer PV per se eine intensive Auseinandersetzung mit schwierigen Themen aus.

Vorformulierte PV, die Menschen ohne begleitendes Gespräch mit Ärzten/Ärztinnen oder Pflegekräften und ohne vertiefte Auseinandersetzung mit den Angehörigen unterschreiben, sind von fehlendem bis geringem Nutzen, weil sie meist zu wenig Bezug nehmen auf persönliche Wertevorstellungen und Anliegen. Sie unterstützen die Angehörigen und ärztlichen Fachkräfte in der Regel nicht dabei, ein Verständnis vom tatsächlichen Patientenwillen zu gewinnen. Allerdings scheuen viele Ärztinnen und Ärzte das direkte Gespräch mit ihren Patientinnen und Patienten, wenn es um das Sterben geht. Dies betrifft nicht nur die Patientenverfügung selbst, sondern auch eine konkrete Klärung des Vorgehens bei einem Herz-

Kreislauf-Stillstand. Mehrere Untersuchungen belegen, dass diese Zurückhaltung nicht gerechtfertigt ist (Visser, M. et al., 2014).

Ablauf des Gesprächs

Zuerst sollte der Anlass für das Verfassen einer PV oder das Gespräch über eine Reanimation geklärt werden. Hat die betroffene Person selbst von einer schweren Erkrankung erfahren oder ist ein ihr nahestehender Mensch nach langem Leiden verstorben? Danach wird folgendes Vorgehen empfohlen:

- Urteilsfähigkeit des Patienten / der Patientin erfassen.
- Werteanamnese erheben.
- Vorgehen in konkreten Situationen festlegen.
- Eine Person oder mehrere Personen bestimmen, die im Falle einer Äußerungs- oder Urteilsunfähigkeit stellvertretend Entscheidungen über die Lebensverlängerung oder den Therapieabbruch fällen sollen.

Je nach Situation, in der sich Betroffene befinden, wird dem einen oder anderen Aspekt mehr oder weniger Gewicht beigemessen. Bei gesunden Menschen wird die Klärung der persönlichen Werte ganz im Vordergrund stehen. Bei Patientinnen und Patienten, die von einer schweren eigenen Erkrankung erfahren und bei denen eine Urteilsunfähigkeit (z. B. im Rahmen einer Demenzerkrankung) zu erwarten ist, muss das Vorgehen in ganz konkreten Behandlungssituationen besprochen werden.

In gleicher Weise verläuft ein Gespräch mit Patientinnen und Patienten, die sich zur Frage einer Reanimation äußern sollen. Nach einem einleitenden Gespräch zum Aufbau einer Beziehung wird die Werterhaltung der Patientin oder des Patienten erfasst und dann mit ganz konkreten Fragen die Situation einer Reanimation diskutiert.

Die ärztliche Beratung ist allerdings keine Wirksamkeitsvoraussetzung der PV, sodass Betroffene eine wirksame PV auch dann erstellen können, wenn sie auf ein vorheriges Gespräch mit behandelnden Ärztinnen und Ärzten verzichten haben.

Einwilligungsfähigkeit

Damit die betroffene Person überhaupt eine PV erstellen kann, muss sie einwilligungsfähig sein (§ 1901a Abs. 1 S. 1 BGB). Einwilligungsfähigkeit ist dann gegeben, wenn die Person aufgrund ihrer Einsichts- und Steuerungsfähigkeit Art, Bedeutung, Tragweite und Risiken der Maßnahme erfassen und ihren Willen hiernach richten kann. Auf die Geschäftsfähigkeit der betroffenen Person im Sinne des § 104 BGB kommt es nicht an. Allerdings kann nur nach

Volljährigkeit eine wirksame PV errichtet werden. Zur Abschätzung der Einwilligungsfähigkeit kann dem Patienten bzw. der Patientin ein einfaches Fallbeispiel vorgelegt werden. Die Person sollte in der Lage sein, dieses zu verstehen und zusammenzufassen. Auch sollte sie fähig sein, ihre Behandlungspräferenz für diese konkrete Situation zu äußern, alternative Vorgehensweisen zu bewerten und die sich aus ihrer Wahl ergebenden kurz- und längerfristigen Konsequenzen abzuleiten.

Konkret kann die ärztliche Fachperson folgendermaßen vorgehen:

„Ich erzähle Ihnen jetzt eine Fallgeschichte. Stellen Sie sich vor, Sie erleiden einen Hirnschlag. Als Folge des Hirnschlags können Sie Ihren rechten Arm und Ihr rechtes Bein nicht mehr bewegen. Sie können auch nicht mehr sprechen und schlucken, die Sprache Ihrer Mitmenschen nehmen Sie aber noch wahr.

Wegen der Schluckunfähigkeit würde man Sie fragen, ob Sie der Einlage einer Magensonde durch Ihre Bauchwand zustimmen würden, um eine ausreichende Nahrungszufuhr zu gewährleisten.

Würden Sie mir diese Geschichte bitte nochmals kurz zusammenfassen?

Würden Sie einer derartigen Maßnahme zustimmen?

Welche alternativen Handlungsoptionen können Sie sich vorstellen?

Was, denken Sie, würde geschehen, wenn Sie der Maßnahme nicht zustimmen?“

Der Mini-Mental-State kann zur Beurteilung der Einwilligungsfähigkeit nur als Vorabprüfung dienen (Stier, 2006). Daran muss sich eine individuelle kontextabhängige Tiefenprüfung durch die Ärztin bzw. den Arzt anschließen.

Werteanamnese

Sicher gibt es Situationen, in denen eine PV in einer einzigen Sitzung erstellt werden kann. Meist werden aber mehrere Sitzungen notwendig sein, denn für eine vollständige und sinnvolle PV müssen Werterhaltungen formuliert, Behandlungsziele und Vertrauenspersonen benannt und Aussagen zu verschiedenen spezifischen Behandlungssituationen gemacht werden (siehe 3.3.).

In einem ersten Gespräch geht es darum, mit der betroffenen Person einen Zugang zu Themen wie schwere Krankheiten und Lebensende zu finden. Sie erzählt, wie ihre gegenwärtige Lebenssituation aussieht (Gesundheit, soziale Kontakte, Zukunftspläne), wie weit sie sich schon mit Fragen über Krankheit, Sterben und Tod auseinandergesetzt hat, welche Ängste in diesem Zusammenhang bestehen und von welchen Personen sie denkt, dass sie als Vertrauensper-

sonen eingesetzt werden könnten. Der Arzt bzw. die Ärztin kann in diesem Zusammenhang auch Informationsmaterial zu Patientenverfügungen abgeben (z. B. BÄK-ZEKO, 2018 oder Ärztekammer Nordrhein, 2020).

Informationen und Formulare zu Patientenverfügungen finden Sie hier:



Patientenverfügung der BÄK-ZEKO
https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/pdf-Ordner/Patienten/Hinweise_Patientenverfuegung.pdf



Patientenverfügung der Ärztekammer Nordrhein
www.aekno.de/patientenverfuegung

Eine Eingangsfrage könnte so formuliert werden:

„Haben Sie sich schon mal Gedanken gemacht über Ihr Altwerden, über das Sterben und über den eigenen Tod? Wenn ja, warum und in welchem Zusammenhang? Wollen Sie mir ein bisschen mehr darüber erzählen?“

In einem zweiten Gespräch soll in der Regel die Vertrauensperson anwesend sein (im Hinblick auf eine Vollmacht). In diesem Gespräch wird eine Werteanamnese aufgenommen, dokumentiert und es werden die Themen Behandlungsabbruch und Lebensverlängerung anhand von Fallbeispielen diskutiert. Darauf wird ein Entwurf für eine PV erstellt.

Erst in einer dritten Sitzung wird die PV dann definitiv geschrieben, kopiert und unterschrieben.

Wertklärung

Je individueller die Wertklärung ist, desto höher wird die Qualität der PV sein. Eine Werteanamnese kann erhoben werden, indem der Patient bzw. die Patientin mit einer einfachen, offenen Frage gebeten wird, konkrete Wertvorstellungen zu schildern: *„Bitte sagen Sie mir, was für Sie im Leben wichtige Werte sind und was für Sie in einer Phase des nahenden Todes besonders wichtig sein könnte.“*

Da es Menschen oftmals schwerfällt, diese Werte zu definieren, kann der Arzt bzw. die Ärztin hier auf Fragensammlungen zurückgreifen. Auch werden Kartensammlungen empfohlen, wobei die betroffene Person Karten (Go-Wish-Kartenspiel) mit definierten Items bezüglich der Wichtigkeit für sie selbst bewerten soll.

Denkbar ist folgendes Vorgehen:

*„Nehmen wir an, dass Ihre Lebenszeit auf wenige Wochen bis Monate begrenzt ist. Welche der folgenden Werte sind für Sie von großer und welche von geringer Wichtigkeit? Dass ich möglichst lange schmerzfrei sein kann.
Dass ich keine Atemnot leiden muss.
Dass ich bis zuletzt bei klarem Verstand sein darf.
Dass ich meine Würde behalten kann.
Dass ich bis zuletzt Behandlungswünsche äußern kann.
Dass ich gewisse Dinge in meinem Leben abschließen kann.
Dass ich meinen Angehörigen nicht zur Last falle.
Dass ich daheim sterben kann.“*
(Aufzählung nicht abschließend)

Behandlungspräferenzen

Je nach Situation wird der Arzt bzw. die Ärztin mit dem Patienten bzw. der Patientin konkrete Fallgeschichten besprechen. Die betroffene Person muss entscheiden, ob sie sich in der jeweiligen Situation eher für eine Lebensverlängerung oder einen Therapieabbruch entscheiden würde. Auch zur Erfassung dieser Präferenzen gibt es validierte Instrumente.

Vertrauenspersonen

Die ausgewählten Vertrauenspersonen sollen mit den Wertvorstellungen des Patienten bzw. der Patientin vertraut sein. Im Gespräch mit der verfassenden Person der PV und den Angehörigen muss darauf geachtet werden, dass Ärztinnen und Ärzte sowie Pflegekräfte von der Schweigepflicht gegenüber den in der PV genannten Vertrauenspersonen befreit werden.

Literatur

Ärztammer Nordrhein: Leitfaden für die persönliche Vorsorge der Ärztekammer Nordrhein 2015 unter: <https://www.aekno.de/patienten/patientenverfuegung> [Stand 2023]
Barrio-Cantalejo I. M., Molina-Ruiz A., Simon-Lorda P. et al.: Advance directives and proxies' predictions about patients' treatment preferences. *Nurs Ethics*. 2009; 16(1): 93–109.
Beland D. K., Froman R. D.: Preliminary validation of a measure of life support preferences. *Image J Nurs Sch*. 1995; 27(4): 307–10.

Bundesärztekammer-ZEKO: Umgang mit Vorsorgevollmacht und Patientenverfügung in der ärztlichen Praxis 2013 unter: www.bundesaerztekammer.de/downloads/Empfehlungen_BAeK-ZEKO_Vorsorgevollmacht_Patientenveruegung_19082013l.pdf [Stand: 18.03.2015]

Emanuel L. L., Danis M., Pearlman R. A., Singer P.A.: Advance care planning as a process: structuring the discussions in practice. J Am Geriatr Soc. 1995; 43(4): 440–6.

Fazel S., Hope T., Jacoby R.: Assessment of competence to complete advance directives: validation of a patient centred approach. BMJ 1999; 318: 493–7.

Folstein M. F., Folstein S. E., McHugh P. R.: Mini-mental state. A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. J Psychiatr Res. 1975; 12(3): 189–98.

Ghelli R., Gerber A. U.: Die Frage der Reanimation (REA). Der Patientenauftrag und Reaktionen auf dessen Erfragung. 66. Jahresversammlung der Schweiz. Gesellschaft für Innere Medizin 1998.

Lack P.: Verschiedene Formen der Patientenverfügung und ihre Eignung für bestimmte Personengruppen. Bull Soc Sci Med. 2008; Nr. 3: 415–27.

Lankarani-Fard A., Knapp H., Lorenz K. A. et al.: Feasibility of discussing end-of-life care goals with inpatients using a structured, conversational approach: the go wish card game. J Pain Symptom Manage 2010; 39(4): 637–43.

Ramsaroop S. D., Reid M. C., Adelman R. D.: Completing an advance directive in the primary care setting: What do we need for success? J Am Geriatr Soc. 2007; 55(2): 277–83.

Stier, M.: Ethische Probleme in der Neuromedizin. Identität und Autonomie in Forschung, Diagnostik und Therapie. 2006, PU: Frankfurt a. M. / New York: Campus 2006., S. 131.

Visser M., Deliens L., & Houttekier D. (2014): Physician-related barriers to communication and patient- and family-centred decision-making towards the end of life in intensive care: a systematic review. Critical Care, 18(6), 604. doi:10.1186/s13054-014-0604-z

3.13. Gespräch über Behandlungsfehler

Behandlungsfehler stellen für Patientinnen und Patienten, ihre Angehörigen sowie die beteiligten Ärztinnen und Ärzte eine komplexe Herausforderung dar. Neben den direkten Folgen eines Fehlers, zum Beispiel einer physischen Schädigung, kann auch die Kommunikation nach einem Fehler eine zusätzliche Belastung darstellen. Viele betroffene Patientinnen und Patienten sowie Angehörige berichten, dass eine unangemessene Kommunikation nach einem Behandlungsfehler zu tiefgreifender Verunsicherung, Verletzung und intensiven emotionalen Reaktionen geführt hat. Ein sorgsamer und sensibler Umgang mit Patientinnen und Patienten sowie Angehörigen kann dies vermeiden und sogar entlastend wirken.

Die meisten Menschen haben Verständnis dafür, dass es auch in der medizinischen Behandlung zu Fehlern kommen kann. Patientinnen und Patienten haben jedoch auch eine universelle, eindeutige und umfassende Präferenz für das Offenlegen von Fehlern, die nahezu unabhängig von Alter, Geschlecht oder Bildungsstand der Betroffenen ist. Wenn die beteiligten Ärztinnen und Ärzte die Patientinnen und Patienten nicht offen informieren, führt gerade dies nicht selten erst zum Versuch, eine Klärung durch Dritte (Anwältinnen und Anwälte, Gutachterinnen und Gutachter, Schlichtungsstellen) herbeizuführen. Ärztinnen und Ärzte hingegen versuchen häufig, einer eindeutigen und klaren Kommunikation über einen Fehler auszuweichen. Zum einen, weil es eine belastende Aufgabe ist, zum anderen, weil sie recht-

liche Konsequenzen fürchten. So entsteht nicht selten eine paradoxe Situation, in der erst die nebulöse Kommunikation eine konfrontative und oft eskalierende Auseinandersetzung außerhalb der Arzt-Patienten-Beziehung in Gang setzt. Studien aus anderen Ländern zeigen, dass die Suche nach Wahrheit und Aufklärung eine Hauptursache ist, warum Patientinnen und Patienten sich an entsprechende Institutionen wenden.

Für die Kommunikation nach einem Behandlungsfehler sind folgende Aspekte wesentlich:

- die rasche, persönliche und eindeutige Offenlegung des Fehlers
- die Übernahme der Verantwortung
- die Informationen über den Fehler und etwaige Folgen
- der glaubhafte Ausdruck des ehrlichen Bedauerns

Anlässe für die Kommunikation über Fehler

Alle Fehler, die zu einer temporären oder dauerhaften Schädigung, Beeinträchtigung oder die zu einer zusätzlichen Behandlung von Patientinnen und Patienten führen, sollten offengelegt werden. Dazu gehören auch Ereignisse, die von Patientinnen und Patienten oder von Angehörigen nicht zweifelsfrei als fehlerhaft oder fehlerbedingt identifiziert werden können. Das Informationsungleichgewicht zwischen Ärzten/Ärztinnen und Patienten/Patientinnen führt in vielen Fällen dazu, dass ein vermeidbares, also auf einen Fehler zurückzuführendes, unerwünschtes Ereignis komplett verschwiegen oder zu einer unvermeidbaren Schädigung, also einer Nebenwirkung oder Komplikation, „umetikettiert“ werden kann. Da dadurch das Vertrauensverhältnis und das Informationsungleichgewicht ausgenutzt und die selbstbestimmte Bewertung des Vorfalls durch die betroffene Person verhindert würden, ist dies ethisch äußerst fragwürdig und sollte vermieden werden.

Nicht alle Behandlungsfehler führen auch zu einer Schädigung. So gibt es Fälle, in denen eine Schädigung rechtzeitig abgewendet werden kann. Grundsätzlich sollten Fehler, die keine Auswirkungen auf die Patientinnen und Patienten haben, dann kommuniziert werden, wenn diese den fehlerhaften Vorgang vermutlich wahrgenommen haben. Dies wäre beispielsweise bei einer diagnostischen Untersuchung der falschen Körperseite aufgrund einer Seitenverwechslung der Fall. In solchen Situationen führt das Verschweigen des Fehlers zu Irritation und Verunsicherung, während das klare Aussprechen, dass dies ein Fehler war, das Vertrauen der betroffenen Person in die ärztliche Fachkraft (und in die eigene Wahrnehmung) fördern kann. Wenn ein Ereignis nicht zu einer Schädigung geführt hat und vom Patienten bzw. der Patientin auch nicht bemerkt wurde, ist eine Aufklärung über den Sachverhalt in der Regel nicht sinnvoll.

Form des Gespräches

Wie bei allen schwierigen Gesprächssituationen sollte auch die Kommunikation über einen Fehler persönlich erfolgen. Zudem braucht es eine ruhige Umgebung und genügend Zeit. Angehörige sollten die betroffene Person begleiten dürfen, falls sie dies wünscht. Gerade bei Fehlern mit schwerwiegenden Konsequenzen ist die Kommunikation eine Aufgabe der ärztlichen Leitung, auch wenn diese nicht direkt in den Vorfall involviert ist. Gleichwohl ist es oft hilfreich und von Patientinnen und Patienten erwünscht, wenn die direkt am Fehler Beteiligten ebenfalls am Gespräch teilnehmen. Die erste Kommunikation über einen Behandlungsfehler sollte so schnell wie möglich stattfinden. Wenn gesicherte Informationen über das Geschehen vorliegen, ist in den meisten Fällen ein weiteres Gespräch erforderlich.

Inhalte eines Gespräches über Behandlungsfehler

Die ärztliche Fachperson erklärt, dass es zu einem Fehler gekommen ist und was genau passiert ist. Sie informiert über die Folgen für den Patienten bzw. die Patientin, die Prognose sowie Pläne oder Empfehlungen für die weitere Behandlung. Auch das weitere Vorgehen zur Aufarbeitung des Fehlers im Betrieb sollte thematisiert werden. Dazu gehört beispielsweise, ob und in welcher Form der Vorfall analysiert wird und welche Konsequenzen daraus gezogen werden. In diesem Gespräch soll der Arzt bzw. die Ärztin nur gesichertes Wissen und keine Spekulationen kommunizieren.

Wenn möglich, sollte der Arzt bzw. die Ärztin der betroffenen Person einen Wechsel der behandelnden Fachkraft oder des Behandlungsteams anbieten. Wenn dieses Angebot angenommen wird, muss der behandelnde Arzt bzw. die Ärztin die Übergabe des Patienten bzw. der Patientin sorgfältig vorbereiten und vorbehaltlos unterstützen.

Ein Ausdruck des Bedauerns ist zentrales Element der Kommunikation über einen Behandlungsfehler und hat für Patientinnen und Patienten eine herausragende Bedeutung. Ein Ausdruck des Bedauerns ist kein Schuldeingeständnis und daher auch nicht haftungsrelevant. Das ehrliche Bedauern als Ausdruck von Empathie und Respekt für die Patientin oder den Patienten ist daher unverzichtbarer Bestandteil des Gespräches über einen Behandlungsfehler.

Weitere Nachsorge

Viele für Patientinnen und Patienten relevante Informationen werden erst zu einem späteren Zeitpunkt verfügbar sein. So können Fehlerursachen und betriebsinterne Konsequenzen wie veränderte Prozessabläufe in der Regel erst durch sorgfältige Analysen aufgearbeitet werden. Die Patientinnen und Patienten sowie Angehörigen sind zu einem späteren Zeitpunkt über

diese Erkenntnisse proaktiv zu informieren. Auf jeden Fall soll den betroffenen Patientinnen und Patienten ein weiterer Termin angeboten werden, auf den sie sich vorbereiten können.

Fehler passieren immer und überall. Das Wichtigste ist, dass man aus Fehlern lernt. Dies erfordert als Erstes eine offene Kommunikation innerhalb des Behandlungsteams, des Krankenhauses oder einer Berufsgruppe vor dem Hintergrund einer offenen und konstruktiven Fehlerkultur. Hilfreiche Handreichungen sind beispielsweise die von der Bundesärztekammer unterstützten Broschüren „Aus Fehlern lernen“ und „Reden ist Gold“ (www.aktionsbuendnis-patientensicherheit.de) oder das Fehlerberichtssystem der deutschen Ärzteschaft, das Critical-Incident-Reporting-System (CIRS) (www.cirsmedical.de).

Literatur

- Aktionsbündnis Patientensicherheit e. V.: Reden ist Gold. Kommunikation nach einem Zwischenfall. Bonn, 2012.
Aktionsbündnis Patientensicherheit e. V.: Netzwerk für eine kontinuierliche Verbesserung der Patientensicherheit in Deutschland unter: www.aktionsbuendnis-patientensicherheit.de [Stand: 12.02.2023]
Helmchen L. A., Richards M. R., McDonald T. B.: How does routine disclosure of medical error affect patients' propensity to sue and their assessment of provider quality? Evidence from survey data. *Med Care*. 2010; 48(11): 955–61.
Kachalia A., Kaufman S. R., Boothman R., Anderson S., Welch K., Saint S., Rogers M. A.: Liability claims and costs before and after implementation of a medical error disclosure program. *Ann Intern Med*. 2010; 153(4): 213–21.
López L., Weissman J. S., Schneider E. C., Weingart S. N., Cohen A. P., Epstein A. M.: Disclosure of hospital adverse events and its association with patients' ratings of the quality of care. *Arch Intern Med*. 2009; 169(20): 1888–94.
O'Connor E., Coates H. M., Yardley I. E., Wu A. W.: Disclosure of patient safety incidents: a comprehensive review. *Int J Qual Health Care*. 2010; 22(5): 371–9.
Stiftung für Patientensicherheit: Kommunikation mit Patienten und Angehörigen – Wenn etwas schief geht. Schriftenreihe Nr. 1. Zürich, 2006.
CIRS: Berichts- und Lernsystem der deutschen Ärzteschaft für kritische Ereignisse in der Medizin des Ärztlichen Zentrums für Qualität in der Medizin (gemeinsames Institut von BÄK und KBV) unter: <http://www.cirsmedical.de/> [Stand: 12.02.2023]

3.14. Gespräch zwischen den Berufsgruppen und unter Kolleginnen und Kollegen

Hintergrund – Warum ist interprofessionelle Kommunikation wichtig?

Im klinischen Alltag ist es evident, dass in Teams das Fachwissen über einen Patienten bzw. eine Patientin auf verschiedene Personen mit verschiedenen Berufsqualifikationen verteilt ist – erst die Zusammenführung macht dieses gemeinsame Wissen für die Beteiligten nutzbar, auch wenn der jüngste Cochrane Review zur Evidenz weitere Studien einfordert. In einer Metaanalyse (Tan, Zhou & Kelly, 2017) konnte gezeigt werden, dass vor allem fehlende Möglichkeiten zur Face-to-Face-Kommunikation Ursache für ineffiziente Pflege-Arzt-Interaktion waren.

Definition – Was ist der Unterschied zwischen interprofessioneller und interdisziplinärer Kommunikation?

Die Kommunikation zwischen verschiedenen Berufsgruppen bezeichnet man als interprofessionelle, diejenige zwischen verschiedenen Fachdisziplinen als interdisziplinäre.

Anwendungsbereiche – In welchen Settings findet interprofessionelle Kommunikation statt?

Die Chance zur Zusammenarbeit der verschiedenen Gesundheitsberufe ergibt sich sowohl im ambulanten (z. B. Übermittlung von Verordnungen und Rezepten) als auch (teil)stationären Setting (z. B. Übergabe, Visite), in welchem je die Hälfte der 6 Millionen im Gesundheitswesen arbeiten. Gut 45% sind in der Pflege tätig und gehören somit zu den Hauptansprechpersonen der Ärztinnen und Ärzte.

Modelle der Gesprächsführung

Zur interprofessionellen Kommunikation eignen sich einige der in der Arzt-Patienten-Kommunikation etablierten Gesprächstechniken und Modelle der Kommunikation (Calgary-Cambridge-Schema, Die vier Seiten einer Nachricht von Schultz von Thun, Die fünf Axiome der Kommunikation nach Watzlawick, die Transaktionsanalyse nach Berne, das Transtheoretische Modell nach Prochaska, die Buchmetapher nach Langewitz, das CALM-Modell zum Konfliktmanagement, das SBAR-Modell zur Patientenübergabe, das NURSE-Modell zu Emotionen, das SPIKES-Modell zur Überbringung schlechter Nachrichten). Hierzu gehört das WWSZ-Modell (Warten, Wiederholen, Spiegeln, Zusammenfassen), welches sich z. B. für telefonische Übergeben anbietet.

Die meisten Modelle – WWSZ (2.2.), SPIKES (3.4.) und NURSE (2.3.) sowie Watzlawick und Schulz v. T. (1.) – wurden in anderen Kapiteln behandelt.

Praxistipps – Wie kommuniziere ich (professionsübergreifend) erfolgreich?

- Kommunikation auf Augenhöhe
- Respektvoller und vertrauensbildender Umgang(-ston) und Bereitschaft zu partizipativer Entscheidungsfindung führt u. a. zu einer höheren Arbeitszufriedenheit unter Kolleginnen und Kollegen
- Eindeutige Sprache (z. B. „Dipi“ steht je nach ggf. fachspezifischer Sozialisation für das Schmerzmittel Dipidolor oder das schlafanstoßende Neuroleptikum Dipiperon)
- Bereitschaft zur Reflexion und Perspektivenwechsel
- Rollen und Verantwortlichkeiten definieren, Bereitschaft Verantwortung situationsbedingt entweder abzugeben und zu übernehmen und somit eine Arbeitsentlastung herbeizuführen (einige Studien konnten zeigen, dass sich ein anfänglich befürchteter

Mehraufwand durch Teamkommunikation mittelfristig sowohl im Hinblick auf Patienten-Outcome als auch zeitliche Ressourcen rentiert hat)

- Gemeinsame Ziele formulieren und Ziel- und Interessenskonflikte erkennen (z. B. onkologische und psychoonkologische Fachkraft, im Sinne eines patientenzentrierten individualisierten Therapieansatzes sollte das Team „an einem Strang ziehen“)
- Vermeidung von ressourcenkostenden Monologen (Aufmerksamkeitsspanne beim Zuhören beträgt circa 20 Minuten, cave: ausschweifende Visiten mit vielen passiven Zuhörenden)
- Vor allem jüngere und unerfahrenere Mitarbeitende wünschen sich mehr Feedback
- Eine qualifizierte wertschätzende Führungskommunikation führt zu einem ausgeprägteren Wohlbefinden der Mitarbeitenden
- Implementierung von Standards zum Ablauf von Visiten, Verwendung von Checklisten mit Tagesaufgaben und -zielen, multidisziplinäre Fallbesprechungen, gemeinsame Aus-, Weiter- und Fortbildungen, unterstützt durch die Leitungsebene
- Ggf. Inanspruchnahme von externer Team-Supervision

(Interprofessionelle) Kommunikationstrainings – Wie lernt man erfolgreiche interprofessionelle Zusammenarbeit?

In den Ausbildungs- und Studiengängen der Medizin, Pflege und Therapieberufe umfasste bis 2015 interprofessionelle Lehre fast nur Pilotprojekte. Das änderte sich u. a. mit dem von der Robert-Bosch Stiftung geförderten „Operation Team“ und der Entwicklung des „Nationalen Mustercurriculums interprofessionelle Zusammenarbeit und Kommunikation“, welche unter anderem den entsprechenden Empfehlungen des Wissenschaftsrates, des Masterplans 2020, des Pflegeberufegesetz 2020, des überarbeiteten Nationalen Lernzielkatalog NKL und der anstehenden Novellierung der ärztlichen Approbationsordnung zur Stärkung der interprofessionellen Kommunikation Rechnung tragen. Etabliert haben sich hierbei v. a. 360 Grad Mini-CEX (arbeitsplatzbasiertes interprofessionelles Feedback) und interprofessionelle Ausbildungsstationen auch im Hinblick auf das informelle Lernen. Dort versorgen Auszubildende und Studierende der Medizin und Pflege supervidiert durch Lernbegleitende mithilfe von interdisziplinären Fallbesprechungen Patientinnen und Patienten. Empfehlenswert ist ebenso der Einsatz von Teaching-Tandems, z. B. Statistiker/Statistikerin und Arzt/Ärztin zur Risikokommunikation oder Virologe/Virologin und Pharmazeut/Pharmazeutin im Bereich Impfaufklärung zur indirekten Förderung der interprofessionellen Kommunikation. Für den Bereich der Weiter- und Fortbildung werden zunehmend Kommunikationstrainings entwickelt.

Literatur

Empfehlungen des Wissenschaftsrats zur Weiterentwicklung des Medizinstudiums, 2014
Gutachten des Sachverständigenrats zur Entwicklung im Gesundheitswesen „Kooperation und Verantwortung – Voraussetzungen einer zielorientierten Gesundheitsversorgung“, 2007

Masterplan Medizinstudium 2020
Empfehlungen des Wissenschaftsrats zur hochschulischen Qualifikation für das Gesundheitswesen, 2012
Stellungnahme der Bundesärztekammer: „Zukunft der deutschen Universitätsmedizin – kritische Faktoren für eine nachhaltige Entwicklung“, 2013.
Denkschrift der Robert-Bosch-Stiftung „Gesundheitsberufe neu denken, Gesundheitsberufe neu regeln“.
https://www.bosch-stiftung.de/sites/default/files/documents/2020-12/2020_Interprofessionelles_Lernen_in%20Deutschland.pdf
https://www.cochrane.org/CD000072/EPOC_how-effective-are-strategies-improve-way-health-and-social-care-professional-groups-work-together
<https://www.bpb.de/kurz-knapp/zahlen-und-fakten/soziale-situation-in-deutschland/61807/beschaeftigte-im-gesundheitswesen/>
Heidelberger Standardgespräche. JH Schultz, S Alvarez, C Nikendei. Redaktion: F. Baessler et al. 1. Auflage, 2018 HeiCuMed.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33860592/>
<https://www.fhnw.ch/de/die-fhnw/hochschulen/hsw/icc/healthcare/media/spitalbericht-kommunikation-fhnw.pdf>
Review. Interventions to improve communication between nurses and physicians in the intensive care unit: An integrative literature review.
Ya-Ya Wang a, 1, Qiao-Qin Wan a, 1, Frances Lin b, Wei-Jiao Zhou a, Shao-Mei Shang
<https://www.egms.de/static/de/journals/zma/2022-39/zma001538.shtml>
Barriers to access cancer screening and treatment services in Germany. F Baessler, A Zafar, N Tschobur, G Larrabure, G Mayer, JH Schultz, Heidelberg Universitätsklinikum, DGSMP DGSM, Magdeburg 08.09.2022
Baessler F, Zafar A, Ciprianidis A, Wagner FL, Klein SB, Schweizer S, Bartolovic M, Roesch-Ely D, Ditzen B, Nikendei C, Schultz JH. Analysis of risk communication teaching in psychosocial and other medical departments. Med Educ Online. 2020 Dec;25(1):1746014. doi: 10.1080/10872981.2020.1746014. PMID: 32249706; PMCID: PMC7170276.Gwen Strube Poster
Baessler F, Zafar A, Mengler K, Natus RN, Dutt AJ, Kuhlmann M, Çinkaya E, Hennes S.: A Needs-Based Analysis of Teaching on Vaccinations and COVID-19 in German Medical Schools. Vaccines (Basel). 2022 Jun 19;10(6):975. doi: 10.3390/vaccines10060975. PMID: 35746584; PMCID: PMC9228741.
<https://www.gesetze-im-internet.de/pflaprv/BjNR157200018.html>
REVIEW. Nurse–physician communication – An integrated review
Tit-Chai Tan RN, MSc, Nurse Clinician1 | Huaqiong Zhou RN, BSc, MCN, PhD Candidate,
Research Officer, Lecturer2 | Michelle Kelly PhD, MN, BSc, Associate Professor, Director: Community of Practice2, 2017

3.15. Kommunikation unter Einbezug digitaler Medien – digitale Kommunikation

Einleitung

Die digitale Transformation unserer Gesellschaft wirkt sich nicht allein auf den Beruf der Ärztin bzw. des Arztes aus, sondern auch auf die Kommunikationsbeziehung zur Patientin bzw. zum Patienten. Viele Patientinnen und Patienten kommunizieren in ihrem alltäglichen Leben mit digitalen Tools. Interaktive, gemeinschaftliche Internetplattformen wie soziale Netzwerke, Wikis, Videoplattformen, Chatträume und Blogs machen passive Internetnutzende zu aktiven Teilnehmenden. Sie bieten Möglichkeiten für Zusammenkünfte, zum Teilen und Verbreiten persönlicher Erfahrungen einschließlich gesundheitsbezogener Informationen unter Freundinnen und Freunden, Verwandten, Kolleginnen und Kollegen und bisher fremden Menschen. Diese neue Art der Kommunikation wirkt sich auch auf die Erwartungen an Ärztinnen und Ärzten aus.

Die langsam stattfindende digitale Transformation im Gesundheitswesen schafft eine Vielzahl an weiteren Kommunikationswegen zwischen Patienten/Patientinnen und Ärzten/Ärztinnen. Neben Messengerdiensten und Telemedizin mit dem speziellen Bereich der Videosprechstunde kann eine Kommunikation auch über die medizinischen Anwendungen der Telematikinfrastruktur wie die elektronische Patientenakte, den elektronischen Medikationsplan oder den Notfalldatensatz erfolgen. Hierbei werden sich in den nächsten Jahren neue Wege der synchronen und asynchronen Kommunikation etablieren, die die ärztliche Fachperson zusätzlich im Blick halten sollte.

In diesem Abschnitt des Leitfadens wird nun speziell auf die Kommunikation mit Patientinnen und Patienten über soziale Medien eingegangen.

Der neue und alles verändernde Aspekt bei der Nutzung sozialer Medien ist, dass auch die Patientinnen und Patienten selbst sich beteiligen können und damit Inhalte schaffen. Diese Inhalte sind der Kern sozialer Medien, durch den auch eine Steigerung der Patientenautonomie entstehen kann. Natürlich gibt es Risiken in dieser offenen Kommunikation insbesondere aus der Frage des Umgangs mit der Verantwortlichkeit für einzelne Informationen.

Definition – was sind soziale Medien?

Eine erste brauchbare Definition für „soziale Medien“ findet sich bei (Kaplan und Haenlein, 2010): „is a group of Internet-based applications that builds on the ideological and technological foundations of Web 2.0, and that allows the creation and exchange of user-generated content.“ Eine gute Übersetzung ins Deutsche findet man bei Böker 2013 in einem wirtschaftswissenschaftlichen Kontext (https://www.boeckler.de/pdf/p_edition_hbs_281.pdf).

Als „soziale Medien“ oder „Social Media“ werden Internetanwendungen bezeichnet, die der Zusammenarbeit und dem Austausch dienen. Nutzerinnen und Nutzer stellen ihre Inhalte ins Netz. Diese sogenannten „nutzergenerierten Inhalte“ (user-generated contents) können gemeinsam mit anderen weiterentwickelt werden. Einen wesentlichen Bestandteil bildet zudem der Austausch der Nutzenden untereinander.

Wie werden soziale Medien genutzt?

Soziale Medien ermöglichen es auch den Patientinnen und Patienten, Inhalte zu generieren, zu teilen und mit anderen Patientinnen und Patienten, Ärztinnen und Ärzten sowie anderen Nutzenden zu interagieren. Social-Media-Plattformen sind sowohl über einen Internetbrowser als auch über eine App auf dem Smartphone zugänglich. Das vielfältige Angebot reicht von Webseiten und Apps bis hin zu Austauschplattformen mit speziellen Schwerpunkten,

wie Lauftracker, Anbietern von Podcasts und Videoplattformen. Auf allen Plattformen können spezielle Angebote für Patientengruppen oder einzelne Erkrankungen entstehen.

Über soziale Medien können Informationen zur Diagnostik oder zu einzelnen Erkrankungen und darüber hinaus auch Gesundheitsziele vermittelt werden. Im positiven Falle können sie ein Ort für Gesundheitsförderung werden oder als gemeinschaftliches Unterstützungsnetzwerk genutzt werden. Gleichwohl bedarf es der Korrektur falscher oder irreführender Inhalte. Es gilt hier insbesondere von ärztlicher Seite Verzerrungen zu korrigieren, um das volle Potenzial sozialer Medien als positiver Verstärker von Gesundheit auszuschöpfen.

Über die drei Grundformen der Kommunikation wurde bereits in den ersten Kapiteln berichtet. Der Schwerpunkt sozialer Medien liegt im zweiten Bereich, der schriftlichen, asynchronen Kommunikation. Obwohl die Geschwindigkeit des Informationsaustausches in sozialen Medien sehr nahe an der „Face-to-Face“-Kommunikation sein kann, hat diese Kommunikationsform durchaus auch Eigenschaften des dritten Bereiches, der Kommunikation über Massenmedien, weil soziale Medien eine sehr hohe Reichweite bekommen können.

Ärztliche Kommunikation über soziale Medien

Der zentrale Inhalt von sozialen Medien ist die Kommunikation. Folgende Aspekte können zur Veränderung von Wahrnehmung und Inhalten führen:

Höhere Verfügbarkeit durch asynchrone Kommunikation

Im Unterschied zum direkten bisher üblichen Austausch zwischen Arzt/Ärztin und Patient/Patientin zeichnen sich die Kommunikationsprozesse in sozialen Medien vor allem durch eine höhere Verfügbarkeit aufgrund einer asynchronen Kommunikation aus.

Die asynchrone Kommunikation bedingt wiederum in der Regel eine schriftliche Form der Kommunikation, bei der die Inhalte gut aufgezeichnet werden können und zu einem späteren Zeitpunkt abrufbar sind.

Beispielsweise können Ärztinnen und Ärzte ihre Patientinnen und Patienten über soziale Medien an Impfungen erinnern, grundsätzlich über Therapien informieren und Neuigkeiten aus ihrer Praxis mitteilen.

Veränderte oder fehlende Wahrnehmungen durch digitale Informationsübermittlung

Bei der Kommunikation über neue Kanäle der Informationsübertragung können Informationen wie beispielweise der Blick, das Aussehen der Patientin oder des Patienten fehlen oder

bei der Übertragung durch Video nicht so wiedergegeben werden, wie die Ärztin bzw. der Arzt es bisher gewohnt war. Hierdurch können Missverständnisse oder Fehleinschätzungen entstehen. Die Erfahrungen, die Ärztinnen und Ärzte bisher in ihrer Kommunikation mit Patientinnen und Patienten gemacht haben, müssen neu justiert werden.

Veränderung des Kontextes von Information

Bei der offenen Kommunikation speziell über soziale Medien können einzelne Inhalte auch zu einem späteren Zeitpunkt „außerhalb des Kontexts“ wiedergegeben werden. Ein anderer Kontext oder ein Ausschnitt einer Nachricht, bei dem die Teile danach oder davor fehlen, kann die Bedeutung einer Nachricht entscheidend verändern.

Im folgenden Abschnitt werden einzelne Aspekte ärztlicher Tätigkeiten im Kontext von sozialen Medien betrachtet und Hinweise zum Umgang mit dieser Kommunikationsform gegeben. Wichtigste Maßgabe ist, dass Ärztinnen und Ärzte unabhängig davon, ob sie privat oder beruflich auftreten, immer als „Ärztin“ bzw. „Arzt“ wahrgenommen werden. Diese Eigenschaft bringt viele Vorteile in das Vertrauen mit sich, bedingt aber auch die Verantwortung, damit sorgsam umzugehen.

Die ärztliche Schweigepflicht

Ärztinnen und Ärzte haben über das, was ihnen in ihrer Eigenschaft als Ärztin bzw. Arzt anvertraut wird oder bekannt geworden ist, zu schweigen. Diese Jahrtausende alte Verpflichtung gilt selbstverständlich auch bei der Nutzung jeglicher Form sozialer Medien – ganz unabhängig davon, ob der Austausch mit anderen Ärztinnen und Ärzten, einer bestimmten Personengruppe oder öffentlich – beispielsweise in Form eines Blogs – erfolgt.

Diffamierung und Falschaussagen

Auseinandersetzungen in sozialen Medien werden oft mit großer Härte geführt. Nicht selten schlägt eine zunächst sachliche Debatte in eine Verunglimpfung des Gegenübers um. Oft werden ungeprüfte Inhalte von anderen Nutzenden übernommen, weil sie beim ersten Lesen glaubwürdig erscheinen.

Neben der berufsrechtlichen Konsequenz einer diffamierenden Äußerung können auch strafrechtliche (§§ 185 ff. StGB) und zivilrechtliche Folgen entstehen. Prüfen Sie genau, was Sie weiterverbreiten, beachten Sie, dass Sie immer als Ärztin bzw. Arzt agieren, auch wenn Sie nicht unter Ihrem Klarnamen posten. Pseudonyme können unter Umständen schnell aufgedeckt werden.

Onlinefreundschaften und deren Grenzen

Trotz aller persönlichen Bindung zwischen Arzt/Ärztin und Patient/Patientin sollte das Verhältnis zwischen beiden Agierenden ein professionelles sein, das scharf von einer rein persönlichen Beziehung getrennt werden muss.

Wenn Ärztinnen und Ärzte ihren Patientinnen und Patienten Zugang zu ihrem persönlichen Profil eines sozialen Netzwerks erlauben, bekommen Patientinnen und Patienten Einblicke in das persönliche Leben der Ärztinnen und Ärzte, wie sie diese im üblichen Patient-Arzt-Verhältnis nicht bekommen würden. Hierdurch könnten leicht Grenzen überschritten werden, die das Patient-Arzt-Verhältnis nachteilig beeinflussen könnten. Die Schwelle für solche Grenzüberschreitungen ist in Onlinemedien bei vielen Menschen niedriger als im „normalen Leben“, ausgeprägt, wodurch es neben der Beeinflussung des Patient-Arzt-Verhältnisses auch zu Verletzungen der Schweigepflicht kommen kann.

Interkollegialer Austausch über soziale Netzwerke

Viele Ärztinnen und Ärzte haben bereits die Entscheidung getroffen, sich mit Kolleginnen und Kollegen über soziale Netzwerke auszutauschen. Diese Entscheidung sollte in dem Bewusstsein erfolgen, dass eine unbekannte Anzahl von Personen sehen kann, was in den sozialen Netzwerken geäußert wird. Eine entsprechende Ausdrucksweise sollte dabei selbstverständlich sein – ebenso wie bei Äußerungen einer Ärztin oder eines Arztes in anderen öffentlichen Räumen!

Fernbehandlung und soziale Medien

Auf dem 121. Deutschen Ärztetag 2018 wurde das berufsrechtliche Verbot der ausschließlichen Fernbehandlung gelockert. Eine Beratung und Behandlung über Kommunikationsmedien auch ohne persönlichen Erstkontakt ist im Einzelfall erlaubt, wenn dies ärztlich vertretbar ist und die erforderliche ärztliche Sorgfalt gewahrt wird. Im Rahmen der Kommunikation über soziale Medien werden im Standardfall alle Inhalte offen kommuniziert, daher sollte eine Beratung einer einzelnen betroffenen Person, auch wenn sie diese explizit nachfragen würde, nicht erfolgen.

Sinnvoller und sicherer als die Einzelfallberatung oder -behandlung über Kommunikationsmedien wie Social Media ist die Beantwortung von allgemeinen Gesundheitsaussagen. Daher ist es besser, innerhalb sozialer Medien nur allgemeine medizinische Fragen zu beantworten – beispielsweise „Was ist ein Karpaltunnelsyndrom?“ oder „Ist hoher Blutdruck schädlich?“. Sicherheitshalber sollte aber immer deutlich auf die Grenzen dieser allgemeinen Beratung für den Einzelfall und die Grenzen einer Fernbehandlung hingewiesen werden.

Öffentliche Diskussion medizinischer Themen auf Twitter

In der Zeit der Pandemie wurde auch innerärztlich heftig um das richtige Vorgehen zu deren Eindämmung diskutiert. Viele Ärztinnen und Ärzte waren persönlich betroffen und mussten miterleben, dass sie auch jüngeren Patientinnen und Patienten mit einer schweren Infektion nicht mehr helfen konnten. Viele mussten in dieser Zeit auch kräftemäßig über ihre Grenzen gehen.

In anderen Arbeitsbereichen haben Ärztinnen und Ärzte aber auch erfahren, wie beispielsweise Kinder unter den Eindämmungsmaßnahmen gelitten haben. Daher wurden insbesondere im Microblogging-Dienst „Twitter“ heftige zum Teil auch sehr emotionale Diskussionen geführt:

Lesende, die keine entsprechende statistische und medizinische Ausbildung haben, können diese Einzelfallberichte schlecht einschätzen. Aussagen zu Studien vermischen sich mit ungeprüften Einzelberichten, deren Validität und Herkunft nicht überprüft werden kann. Zudem können falsche Schlüsse gezogen werden, da das wirkliche Nutzen-Risiko-Verhältnis ohne zusätzliche Hintergrundinformationen schwer eingeschätzt werden kann.

Die emotionale Darstellung des Themas erschwert eine sachliche faktenbasierte Entscheidung und es werden vermeidbare Ängste geschürt.

Im Kontext von sozialen Medien ist für Lesende nicht nachvollziehbar:

- ob die Autorin bzw. der Autor des Textes wirklich ein Arzt oder eine Ärztin mit der entsprechenden fachlichen Expertise für das betreffende Thema ist,
- mit welchen Quellen die Information belegt wurde,
- wie die Validität und Aussagekraft der zitierten Studien sind,
- wie das wirkliche Nutzen-Risiko-Verhältnis einer ärztlichen/medizinischen Maßnahme ist.

Berufswidrige Werbung über soziale Medien

Der Einsatz sozialer Medien im ärztlichen Bereich ist auch im Hinblick auf eine mögliche Kommerzialisierung des Arztberufs kritisch zu sehen. In der (Muster-)Berufsordnung (§ 27: Erlaubte Information und berufswidrige Werbung) wird Ärztinnen und Ärzten nur die sachliche berufsbezogene Information gestattet.

Eine anpreisende, irreführende oder vergleichende Werbung dagegen wird als berufswidrig untersagt. Zweck dieser Vorschriften sind die Gewährleistung des Patientenschutzes und die Vermeidung der bereits erwähnten Kommerzialisierung des Arztberufs, die dem Selbstverständnis der Ärztinnen und Ärzte zuwiderläuft.

Die Rechtsprechung in diesem Bereich hat gezeigt, dass sich detaillierte Regelungen wegen der Vielzahl der Fallgestaltungen nicht bewährt haben.

Daher sollten grundsätzliche Vorsichtsregeln beachtet werden:

- Denken Sie bei Ihrem Profil daran, dass Sie für die Werbung verantwortlich sind in Bezug auf die Inhalte, die grundsätzlich unter Ihrer Kontrolle stehen. Von Ihnen wird aber nicht erwartet, dass Sie alle Antworten in sozialen Medien oder Postings in Foren, die nicht unter Ihrer Kontrolle stehen, überwachen.
- Überlegen Sie gut, ob es auf Ihrer Website oder in Ihrem Profil in sozialen Medien möglich sein sollte, Kommentare zu hinterlassen. Im Zweifel sollten Sie die Kommentaroption deaktivieren.
- Seien Sie vorsichtig und zurückhaltend beim Posten von Kommentaren oder Bildern hinsichtlich Ihrer Fähigkeiten und Dienstleistungen, damit Sie nicht versehentlich gegen die Werberichtlinien verstoßen.
- Sie dürfen eine Onlinerezension, die negativ ist, nicht bearbeiten, um sie positiv zu machen, oder Feedback von Rezensierenden gegen ihre Absicht ändern.

Datenschutz und Datensicherheit

Wenn sensible Inhalte wie beispielsweise Informationen zu Patientinnen und Patienten oder Erkrankungsverläufen in sozialen Medien eingestellt werden, verlieren Einstellende weitgehend die Kontrolle über die Verbreitung und Verwendung dieser Daten.

Bei der Nutzung sozialer Medien im beruflichen Umfeld sollten folgende Fragen abgewogen werden:

Was kann mit den Daten im Rahmen der AGBs des sozialen Netzwerks gemacht werden?

Häufig werden von Nutzenden die AGBs der sozialen Medien ohne genauere inhaltliche Analyse pauschal mit dem „Ich-stimme-zu“-Häkchen weggeklickt. Dadurch können dem Betreiber weitreichende Nutzungsmöglichkeiten mit den veröffentlichten Daten eingeräumt werden. Teilweise wird damit die Zustimmung erteilt, dass Daten auch von Dritten in einem völlig anderen Kontext genutzt werden.

Welcher Personenkreis sieht die Einträge?

Interessierte wie beispielsweise gegenwärtige oder künftige Arbeitgebende können Inhalte aus sozialen Medien aus unterschiedlichen Gründen beobachten. Aber auch Versicherungsgesellschaften und andere kommerzielle Nutzende können die Informationen auswerten, um beispielsweise mehr über das Risikoprofil oder das Verhalten ihrer Kundinnen und Kunden zu erfahren.

Welche technischen Möglichkeiten habe ich, meine Privatsphäre in sozialen Medien zu wahren?

Die Privatsphäre von Beteiligten in sozialen Medien ist entscheidend von den technischen Möglichkeiten zu deren Schutze abhängig. Diese variieren sehr zwischen unterschiedlichen Medien und sind zudem abhängig von den individuellen Einstellungen der jeweiligen Nutzenden. Der Schutz der Privatsphäre kann daher sowohl durch die fehlende technische Voraussetzung als auch durch die unangemessene Nutzung der vorhandenen Möglichkeiten beeinträchtigt werden. Zudem unterliegen die Nutzungsbedingungen und Einstellungen zum Schutz der Privatsphäre stetigen Veränderungen. Prüfen Sie daher regelmäßig den aktuellen Status der Nutzungsbedingungen und Ihrer Privatsphäre-Einstellungen.

Was kann möglicherweise mit den Daten noch geschehen?

Bei Kasuistiken in sozialen Medien besteht immer die Gefahr, dass durch die Menge oder Zusammenführung von Informationen Rückschlüsse auf eine einzelne Person erfolgen können (De-Anonymisierung) oder die betreffenden Personen bzw. deren Angehörige sogar selbst mitlesen und ihren Fall wiedererkennen.

Darüber hinaus sollte auch bedacht werden, dass eingestellte Daten auch außerhalb des Rahmens der AGBs Dritten zugänglich sein könnten – beispielsweise durch Suchmaschinen, Hackerangriffe oder Schwachstellen bei den Netzwerkbetreibern.

Informationen aus sozialen Medien können als Kopie auf andere Computer übertragen werden – eine dauerhafte Entfernung von solchen Daten aus dem Internet ist somit nahezu unmöglich.

Nutzende sozialer Medien sollten alle Einträge in diese Netzwerke unter der Frage „Wie viel Informationen gebe ich von mir, aber auch von meinen Patienten und Patientinnen preis?“ abwägen.

Ärztinnen und Ärzte sollten sich bei der Nutzung sozialer Medien auch mit der Frage auseinandersetzen, inwieweit allein durch die Präsenz einer Ärztin bzw. eines Arztes in der betreffenden Plattform Patientinnen und Patienten dazu verleitet werden, persönliche Krankheitsdetails zu offenbaren.

Dieses Thema erhält zusätzliche Brisanz durch die Tatsache, dass Identitäten in sozialen Medien mitunter leicht zu fälschen sind und Benutzerinnen und Benutzer sich als andere Personen ausgeben können.

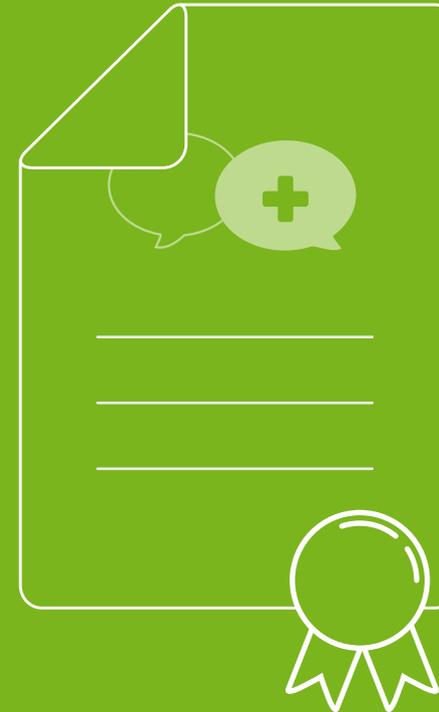
Die eigene Meinung über Produkte im Internet veröffentlichen

Hierbei ist entscheidend, ob es sich bei den getätigten produktbezogenen Äußerungen um Tatsachenbehauptungen, die stets dem Beweis der Wahrheit bzw. Unwahrheit zugänglich sind, oder um Meinungsäußerungen (subjektive Werturteile) handelt. Während wahre Tatsachenbehauptungen grundsätzlich hinzunehmen sind, sind unwahre Tatsachenbehauptungen grundsätzlich nicht zu dulden. Demgegenüber unterliegen Meinungsäußerungen grundsätzlich dem Schutz von Artikel 5 Absatz 1 des Grundgesetzes (Meinungsäußerungsfreiheit). Unternehmerinnen und Unternehmer müssen daher kritische Äußerungen über ihre unternehmerischen Leistungen – hier ihre Produkte – bis zur Grenze der sogenannten Schmähhkritik hinnehmen. Eine herabsetzende Äußerung nimmt dann den Charakter einer Schmähhung an, wenn in ihr nicht mehr die Auseinandersetzung mit der Sache, sondern die Diffamierung der Person im Vordergrund steht.

Fragen der Haftpflicht

Wie in den vorangegangenen Abschnitten dargestellt, sollten Ärztinnen und Ärzte auf die individuelle Beratung von Patientinnen und Patienten allein über soziale Medien verzichten. Der Einsatz von sozialen Medien im medizinischen Bereich kann und sollte aber nicht prinzipiell ausgeschlossen werden.

Die Vielfalt der Einsatzmöglichkeiten sozialer Medien im ärztlichen Umfeld kann dabei auch haftungsrechtliche Risiken für Ärztinnen und Ärzte mit sich bringen. Prinzipielle Aussagen zur Abdeckung solcher Fälle durch Haftpflichtversicherungen und Rechtsschutzversicherungen sind durch die Heterogenität der Anwendungsszenarien erschwert. Bevor Ärztinnen und Ärzte den Einsatz sozialer Medien im beruflichen Umfeld beginnen, sollten sie also mit ihrer Versicherung Kontakt aufnehmen und sich hinsichtlich des geplanten Einsatzes sozialer Medien beraten lassen.



Literatur

- <https://www.bundesaerztekammer.de/themen/aerzte/digitalisierung/digitale-anwendungen/telematikinfrastruktur>
- KAPLAN, Andreas M.: Social media, the digital revolution, and the business of media. International Journal on Media Management, 2015, 17. Jg., Nr. 4, S. 197–199.
- https://www.boeckler.de/pdf/p_edition_hbs_281.pdf
- https://www.ama.com.au/sites/default/files/documents/2020%20AMA%20Social%20Media%20Guide%20FINAL_0.pdf

Kapitel 4

Aus- und Weiterbildung in ärztlicher Gesprächsführung

4. Aus- und Weiterbildung in ärztlicher Gesprächsführung

Seit einigen Jahren nimmt die Kompetenzorientierung einen immer größeren Raum bei der Gestaltung der medizinischen Aus- und Weiterbildung ein. Allerdings wird der Begriff Kompetenz sehr unterschiedlich verwendet, sodass bei der Konzeption und Durchführung von Kommunikationstrainings zunächst geklärt werden muss, was kommunikative Kompetenzen eigentlich sind (Kiessling & Fabry, 2021).

Die bekannteste **Definition von Kompetenz** stammt von Franz E. Weinert, der Kompetenzen wie folgt bezeichnet:

„die bei Individuen verfügbaren oder durch sie erlernbaren kognitiven Fähigkeiten und Fertigkeiten, um bestimmte Probleme zu lösen, sowie die damit verbundenen motivationalen, volitionalen [d. h. willensbezogenen] und sozialen Bereitschaften und Fähigkeiten, um die Problemlösungen in variablen Situationen erfolgreich und verantwortungsvoll nutzen zu können.“

(Weinert, 2001)

Kompetenzen sind also in hohem Maße zielgerichtet und kontextspezifisch und können am ehesten von der Anforderungsseite her verstanden werden: Wir erleben und bewerten eine Person dann als kompetent, wenn sie in der Lage ist, bestimmte Aufgaben zu lösen bzw. bestimmte Anforderungen zu erfüllen. Dazu muss die Person über ein breites Repertoire an spezifischen Fertigkeiten verfügen (Verhaltens- und Handlungsdispositionen), die bei der Lösung einer Aufgabe organisiert und situationsgerecht eingesetzt werden.

Kompetenzen entfalten sich also in einem Prozess, in dem ein Individuum eine Reihe von zielgerichteten, miteinander verbundenen, situativ angemessenen sozialen Verhaltensweisen anwendet, die erlernt werden können (Hargie, 2006).

Dazu gehören verbale und nonverbale Verhaltensweisen, die Timing und Kontrolle erfordern (z. B. Wann und wie reagiere ich auf wahrgenommene Emotionen meines Gegenübers?) und von Kontextfaktoren beeinflusst werden.

In der sozialen Interaktion, die immer auf andere Menschen bezogen ist, sind solche Kontextfaktoren z. B. eigene Ziele und Ziele des Gegenübers (Was möchte ich in diesem Gespräch

erreichen?), Emotionen auf beiden Seiten (z. B. Stress, Befürchtungen, Ängste) und andere personenbezogene Variablen (z. B. Selbstwert, Unsicherheit, Gefühl von Akzeptanz etc.).

Kommunikative und soziale Kompetenzen erfordern also, das eigene Handeln sowie die eigenen Reaktionen und die Reaktionen anderer differenziert wahrzunehmen.

Eine gelungene Kommunikation zwischen Arzt/Ärztin und Patient/Patientin bedeutet also, kommunikative Ziele in sozial angemessener Form zu verfolgen. Sie wird durch das Verhalten aller Beteiligten und durch den Kontext beeinflusst und erfordert die Bereitschaft und den Willen, mit seinem Gegenüber zum Wohle aller zu kommunizieren. Kommunikative Kompetenz kann erworben werden, d. h. die dazu notwendigen Fertigkeiten werden Stück für Stück durch wiederholte, reflektierte Übung und Erfahrung aufgebaut (Hargie, 2006; Berkhof et al., 2011; Langewitz 2012).

Ausbildung

Kommunikationstrainings wurden bereits vor Jahrzehnten an den ersten medizinischen Fakultäten in das Medizinstudium in Deutschland eingeführt (z. B. Köln, Berlin). Hinzu kam die jahrelange Erfahrung mit den oft studentisch organisierten Anamnesegruppen. Ein Survey in Deutschland, Österreich und der Schweiz im Jahr 2015 konnte zeigen, dass im deutschsprachigen Raum bereits in 25 Studiengängen ein longitudinales Kommunikationscurriculum vollständig oder teilweise implementiert bzw. im Implementierungsprozess war (Härtl et al., 2015). Dabei werden nicht nur einzelne Fertigkeiten, sondern auch komplexe Aufgaben und Herausforderungen wie das Überbringen schlechter Nachrichten vermittelt. In fast allen Studiengängen wurden und werden im Unterricht Simulationspersonen eingesetzt. In einem Großteil der Studiengänge kommen Objective Structured Clinical Examinations (OSCEs) als bestehensrelevante Prüfung kommunikativer Kompetenzen zum Einsatz (Härtl et al., 2015).

Nationale und internationale Lernzielkataloge bildeten die Grundlage für diese Entwicklung (Simpson et al., 1991; Kalamazoo Statement, 2001; Kiessling et al., 2008; von Fragstein et al., 2008; Bachman et al., 2013). Infolge dieser Entwicklungen wurde die ärztliche Gesprächsführung als eine von sieben Kompetenzdomänen auch in den Nationalen Kompetenzbasierten Lernzielkatalog (NKLM) aufgenommen (<https://nklm.de>). Mit der Definition ärztlicher Kompetenzen ging auch eine Erweiterung der Anforderungen und Themenbereiche einher, auf die das Medizinstudium vorbereiten soll, z. B. wissenschaftliches Arbeiten, interprofessionelles Arbeiten. Allerdings wurde die Stoffmenge des gegenwärtigen Medizinstudiums bislang kaum gekürzt.

Aktuelle und zukünftige Herausforderungen in der Umsetzung sind daher an vielen Standorten die Integration der ärztlichen Gesprächsführung in bereits aktuell schon übervolle Stundenpläne und Prüfungen, die Schaffung von nachhaltigen Strukturen und Prozessen bei beschränkten Ressourcen, die Rekrutierung und Schulung von Dozierenden sowie der Transfer und die Integration des Kommunikationstrainings in die klinische Lehre auf Station und am Krankenbett. Studierende wünschen sich Rollenvorbilder, die klinische Kompetenz und kommunikative Kompetenz vereinen, in der täglichen Routine praktizieren und ihr Verhalten sowie die diesem zugrunde liegenden Beweggründe mit den Studierenden explizit reflektieren.

Hier ist die zentrale Aufgabe und Herausforderung für alle Ärztinnen und Ärzte, die in der Ausbildung tätig sind, ein gutes Rollenvorbild im Sinne einer professionellen Kommunikation mit Patientinnen und Patienten, Kolleginnen und Kollegen und anderen Berufsgruppen zu sein.

Weiterbildung

Während in der Ausbildung bereits viel erreicht wurde bei der flächendeckenden und nachhaltigen Implementierung von Kommunikationstrainings, stellt die Verankerung von (verpflichtenden) Kommunikationstrainings in der ärztlichen Weiterbildung noch eine große Herausforderung dar.

Dabei wäre das Training am Arbeitsplatz („Workplace-based Training“; Norcini & Burch, 2007) nicht nur für die gerade in diesem Bereich vielfach noch mangelhafte Qualität der Gesundheitsversorgung, sondern auch aus Sicht vieler Ärztinnen und Ärzte unbedingt notwendig, um die Fertigkeiten und Kompetenzen, die im Studium erworben wurden, nachhaltig im ärztlichen Handeln zu verankern (Kern et al., 2005).

Die Ärztekammer Nordrhein geht hier bereits mit gutem Beispiel voran, indem sie auf ihrer Website Trainingsmaterial in Form von Videos, Texten und weiterführender Literatur bereitstellt.

Ein weiterer Ansatz ist sicherlich das Curriculum der Psychosomatischen Grundversorgung, das häufig auch Unterrichtseinheiten zur Kommunikation mit Patientinnen und Patienten beinhaltet. Andere Länder gehen einen Schritt weiter und haben bereits verpflichtende Kommunikationstrainings in fast allen Weiterbildungen implementiert (z. B. Dänemark, Schweden).

Vorreiter stellt häufig die Allgemeinmedizin dar. So wird die Einführung der Kompetenzzentren Weiterbildung (<https://kompetenzzentrum-nordrhein.de/>) sicher interessante Impulse auch für andere Fachdisziplinen mit sich bringen.

Feedback und Reflexion

Trainings für Ärztinnen und Ärzte sollten an die täglichen Herausforderungen im klinischen Alltag anknüpfen, Feedback von direkt beobachtetem Verhalten mit Patientinnen und Patienten beinhalten und Reflexionsprozesse im Sinne des „Reflective Practitioner“ unterstützen (Uygun et al., 2019).

Ein häufig eingesetztes Lehrformat sowohl im Medizinstudium als auch in der Fort- und Weiterbildung sind Rollenspiele, die zwar nicht immer beliebt sind, aber den großen Vorteil haben, dass die Lernenden sich in die Rolle des Patienten bzw. der Patientin hineinversetzen müssen und am eigenen Leib erleben, wie unterschiedlich ein Gespräch verlaufen kann, wenn der Arzt oder die Ärztin das Kommunikationsverhalten variiert. An vielen Orten werden in standardisierten Rollenspielen zur Vermittlung und Prüfung von komplexen Fertigkeiten mittlerweile auch Simulationspersonen eingesetzt. Dies sind Laien und professionelle Schauspielerinnen und Schauspieler, die bezogen auf ein klinisches Problem einen Patienten oder eine Patientin darstellen, ihr Interaktionsverhalten an das Verhalten der Lernenden anpassen und im Anschluss an das Gespräch ein Feedback über den Gesprächsverlauf geben (Bokken et al., 2010; Lane & Rollnick, 2007).

Für die Lernenden in der ärztlichen Rolle ist vor allem die Qualität des Feedbacks entscheidend: Bezieht sich die Rückmeldung auf etwas, was auch Lernende bemerkt haben? Ist es wertschätzend formuliert? Knüpft es an die Absichten und an die Möglichkeiten der lernenden Person an? Eine entscheidende Rolle bei der Qualität des Feedbacks spielt das Festlegen und Einüben von Feedbackregeln von Lernenden, Simulationspersonen und Dozierenden (Cantillon & Sargeant, 2008; Tripodi et al., 2020, Ramani et al., 2019). Der Einsatz von Videoaufnahmen kann das Feedback unterstützen, weil es die kritische Selbstwahrnehmung des Gesprächsverhaltens fördert und sich insbesondere eignet, um nonverbale Aspekte der Kommunikation (Mimik, Gestik, Körperhaltung, Sitzposition etc.) spezifisch wahrzunehmen und zu reflektieren.

Ein Feedback ist umso wirksamer, je konkreter es sich auf die eigene, praktische Arbeit bezieht (Ramani & Krackov, 2012). Daher ist es besonders wichtig, Personen in der ärztlichen Weiter- und Fortbildung – im Grunde genommen aber auch darüber hinaus – in verschiedenen Situationen ihres Arbeitsalltags zu beobachten und ihnen möglichst direkt im Anschluss dazu ein Feedback zu geben und ihr Verhalten gemeinsam zu reflektieren. Das kann – insbesondere während der Weiterbildung – durch dazu qualifizierte supervidierende Personen geschehen, grundsätzlich aber auch durch Peers im Sinne eines kollegialen Coachings.

Alle oben erwähnten Lehrmethoden konzentrieren sich letztlich auf beobachtbares Verhalten (Kogan et al., 2009). Was Lernende dazu motiviert, ein bestimmtes Verhalten zu zeigen, bleibt dabei zunächst unberücksichtigt. Die Reflexion über die dem Verhalten zugrunde liegenden Maximen, Annahmen, Werte und Normen kann z.B. durch Interventionen gefördert werden, in denen Lernende gebeten werden, sich schriftlich zu Erfahrungen zu äußern, die sie beispielsweise mit „schwierigen Patientinnen und Patienten“ oder im Kontakt mit Menschen in schwierigen Lebenssituationen gemacht haben („reflective Writing“, Wald & Reis, 2010; Wear et al. 2012). Auch Anamnese- und Balintgruppen (patientenzentrierte Selbsterfahrung) oder reflektierte Kasuistik sind eine gute Möglichkeit, die eigene Haltung und das eigene Verhalten in konkreten klinischen Situationen mit Patientinnen und Patienten zu reflektieren (Kjeldman & Holmström 2008).

Der Erwerb wichtiger Grundlagen, z.B. zu hilfreichen Modellen, Strategien und Techniken, der ärztlichen Kommunikation kann heutzutage im Sinne eines Inverted-Classroom-Konzepts mittels unterschiedlicher E-Learning-Angebote erfolgen (z. B. ÄK Nordrhein; docCom.deutsch: <https://doccom.Impl.unibe.ch>).

Eine gelingende Kommunikation mit Patientinnen und Patienten gehört zu den wichtigsten Voraussetzungen ärztlichen Handelns. Angesichts der Komplexität und der Tragweite medizinischer Behandlungsmöglichkeiten auf der einen Seite und der existenziellen Bedeutung von gesundheitlichen Beeinträchtigungen und Krankheit auf der anderen Seite können kommunikative Kompetenzen für Ärztinnen und Ärzte in ihrer Bedeutung daher kaum überschätzt werden. Allerdings sind sie keine Frage von Begabung oder Erfahrung allein, sondern sie entstehen nur durch spezifische Aus- und Weiterbildung. Hier wurden in den letzten Jahren erhebliche Fortschritte gemacht, sodass die Voraussetzungen für entsprechende Qualifikationsangebote über den gesamten Zeitraum der ärztlichen Berufstätigkeit grundsätzlich gegeben sind. Die erfolgreiche Umsetzung erfordert allerdings die Bereitschaft aller Beteiligten, die Notwendigkeit zum Erlernen, zum Erhalt und zur Weiterentwicklung dieser ärztlichen Kernkompetenz nicht nur zu akzeptieren, sondern aktiv einzufordern.

Literatur

- Bachmann C, Abramovitch H, Barbu CG, Cavaco AM, Dago Elorza R, Haak R, Loureiro E, Ratajska A, Silverman J, Winterburn S, Rosenbaum M. A European consensus on learning objectives for a core communication curriculum in health care professions. *Patient Educ Couns* 2013; 93: 18–26.
- Berkhof M., van Rijssen H. J., Schellart A. J., Anema J. R., van der Beek A. J.: Effective training strategies for teaching communication skills to physicians: an overview of systematic reviews. *Patient Educ Couns*. 2011; 84(2): 152–62.
- Bokken L. et al.: Instructiveness of real patients and simulated patients in undergraduate medical education: a randomized experiment. *Acad Med*. 2010; 85(1): 148–54.

- Cantillon P., Sargeant J.: Giving feedback in clinical settings. *BMJ*. 2008; 337: a1961.
- Härtl A, Bachmann C, Blum K, Höfer S, Peters T, Preusche I, Raski B, Rüttermann S, Wagner-Menghin M, Wunsch A, Kiessling C, GMA-Ausschuss Kommunikative und Soziale Kompetenzen. Desire and reality – teaching and assessing communicative competencies in undergraduate medical education in German-speaking Europe – a survey. *GMS Z Med Ausbild*. 2015;32(5):Doc56.
- Hargie O. Skill in the theory: Communication as skilled performance. In: Hargie O, Ed. *The handbook of communication skills*. London: Routledge; 2006.
- Kern DE, Thomas PA, Hughes MT. *Curriculum Development for Medical Education: A Six-Step Approach*. Johns Hopkins University Press; 2. Edition (2009)
- Kiessling C, Dieterich A, Fabry G, Hölzer H, Langewitz W, Mühlinghaus I, Pruskil S, Scheffer S, Schubert S.: Basler Consensus Statement Kommunikative und soziale Kompetenzen im Medizinstudium: Ein Positionspapier des GMA-Ausschusses Kommunikative und soziale Kompetenzen. *GMS Z Med Ausbild*. 2008;25(2)Doc83.
- Kiessling C, Fabry G. What is communicative competence and how can it be acquired? *GMS J Med Educ*. 2021;38(3):Doc49
- Kjeldmand D, Holmström I. Balint groups as a means to increase job satisfaction and prevent burnout among general practitioners. *Ann Fam Med*. 2008;6(2):138–45.
- Kogan J. R., Holmboe E. S., Hauer K. E.: Tools for direct observation and assessment of clinical skills of medical trainees: a systematic review. *JAMA*. 2009; 302(12): 1316–26.
- Lane C., Rollnick S.: The use of simulated patients and role-play in communication skills training: a review of the literature to August 2005. *Patient Educ Couns*. 2007; 67(1–2): 13–20.
- Langewitz W.: Zur Erlernbarkeit der Arzt-Patienten-Kommunikation in der Medizinischen Ausbildung. *Bundesgesundheitsblatt*. 2012; 55: 1176–82.
- Norcini J, Burch V. Workplace-based assessment as an educational tool: AMEE Guide No. 31. *Med Teach* 2007; 29: 855–71.
- Participants in the Bayer-Fetzer conference on physician-patient communication in medical education. Essential elements of communication in medical encounters: the Kalamazoo consensus statement. *Acad Med* 2001;76:390–3.
- Ramani S, Königings KD, Ginsburg S, van der Vleuten CP. Feedback Redefined: Principles and Practice. *J Gen Intern Med*. 2019; 34(5): 744–749.
- Ramani S, Krackov SK. Twelve tips for giving feedback effectively in the clinical environment. *Med Teach*. 2012;34(10): 787–91. doi: 10.3109/0142159X.2012.684916. Epub 2012 Jun 25. PMID: 22730899.
- Simpson M, Buchman R, Stewart M, Maguire P, Lipkin M, Novack D, et al. Doctor-patient communication: the Toronto consensus statement. *Brit Med J* 1991; 303: 1385–7.
- Tripodi N, Feehan J, Wospil R, Vaughan B. Twelve tips for developing feedback literacy in health professions learners. *Med Teach*. 2021; 43(8): 960–965.
- Uygun J, Stuart E, De Paor M, Wallace E, Duffy S, O'Shea M, Smith S, Pawlikowska T. A Best Evidence in Medical Education systematic review to determine the most effective teaching methods that develop reflection in medical students: BEME Guide No. 51. *Med Teach*. 2019 Jan; 41(1):3–16.
- Von Fragstein M, Silverman S, Cushing A, Quilligan S, Salisbury H, Wiskin C; UK Council for Clinical Communication Skills Teaching in Undergraduate Medical Education. UK consensus statement on the content of communication curricula in undergraduate medical education. *Med Educ*. 2008; 4(11): 1100–1107.
- Wald HS, Reis SP. Beyond the Margins: Reflective Writing and Development of Reflective Capacity in Medical Education. *J Gen Intern Med* 2010; 25: 746–749.
- Wear D, Zaroni J, Garden R, Jones T. Reflection in/and writing: pedagogy and practice in medical education. *Acad Med*. 2012;87(5):603-9.
- Weinert F E.: Vergleichende Leistungsmessung in Schulen – eine umstrittene Selbstverständlichkeit. In: Weinert FE, Hrsg. *Leistungsmessungen in Schulen*. Weinheim & Basel: Beltz; 2001. p. 17–31.

5. Anhang

Autorinnen und Autoren

Ein besonderer Dank geht an alle Autorinnen und Autoren dieser Publikation für ihre engagierte und unkomplizierte Mitarbeit:

Dr. med. Amin Farid Aly

Referent, Dezernat 5 – Digitalisierung in der Gesundheitsversorgung, Bundesärztekammer, Berlin

Dr. med. Franziska Bäßler

Fachärztin, Klinik für Allgemeine Innere Medizin und Psychosomatik, Universität Heidelberg

PD Dr. med. Klaus Bally

Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, Universitäres Zentrum für Hausarztmedizin beider Basel

Christa Bartels

Ausschussvorsitzende des Ad-hoc-Ausschusses „Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik“ Ärztekammer Nordrhein, Nervenärztin und Ärztliche Psychotherapeutin, Ausschussvorsitzende „Arzt-gesundheit“, Vorstandsmitglied Ärztekammer Nordrhein

Katharina Eibl, Rechtsanwältin

Referentin der Rechtsabteilung Ärztekammer Nordrhein

Dr. med. Götz Fabry, MHPE

Institut für Medizinische Psychologie und Medizinische Soziologie, Albert-Ludwigs-Universität Freiburg

Prof. Dr. med. Walter E. Haefeli

Ärztl. Direktor, Abteilung Klinische Pharmakologie & Pharmakoepidemiologie, Universitätsklinikum Heidelberg – Medizinische Klinik

Prof. Dr. med. Sabina Hunziker

Abteilung für Medizinische Kommunikation/Psychosomatik, Universitätsspital Basel

Dr. med. André Karger, MME

Stellv. Leiter des Klinischen Instituts für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Leiter des Bereichs Psychoonkologie am Universitäts-Tumorzentrum, Universitätsklinikum Düsseldorf

Prof. Dr. med. Claudia Kiessling

Fakultät für Gesundheit (Department für Humanmedizin), Lehrstuhl für die Ausbildung personaler und interpersonaler Kompetenzen im Gesundheitswesen, Universität Witten/Herdecke

Stefan Kleinstück

Referent Medizinische Grundsatzfragen, Ärztekammer Nordrhein

Prof. em. Dr. med. Wolf Langewitz

Lehrbeauftragter der Universität Basel, Universitätsspital Basel

Dr. med. Andrea Thekla Petermann-Meyer

Leiterin Sektion Psychoonkologie am Centrum für Integrierte Onkologie (CIO), Uniklinik RWTH Aachen

Prof. Dr. med. Norbert Scherbaum

Direktor der Klinik für Abhängiges Verhalten und Suchtmedizin, Direktor der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, LVR-Universitätsklinik Essen

Prof. Dr. med. Jürgen in der Schmitt MPH

Direktor, Institut für Allgemeinmedizin, Universitätsmedizin Essen

Dr. iur. Dirk Schulenburg, MBA

Kaufmännischer Geschäftsführer, Justiziar, Ärztekammer Nordrhein

Lic. phil. Kerstin Westhoff

Psychologin FSP, Hämatologie/Onkologie, Universitäts-Kinderspital beider Basel (UKBB)

Prof. Dr. med. Stefan Wilm

Direktor, Institut für Allgemeinmedizin (ifam), Universitätsklinikum Düsseldorf

Redaktionskommission des Schweizer Leitfadens

Dr. med. Hermann Amstad

Generalsekretär SAMW, Basel

Prof. Dr. med. et phil. Bernice Elger

Direktorin des Instituts für Bio- und Medizinethik der Universität Basel

lic. phil. Adrian Heuss

advocacy ag communication and consulting, Basel

Prof. em. Dr. med. Alexander Kiss

Ehemaliger Chefarzt der Psychosomatischen Abteilung, Universitätsspital Basel

Prof. em. Dr. med. Wolf Langewitz

Lehrbeauftragter der Universität Basel und des Universitätsspitals Basel

lic. iur. Michelle Salathé, MAE

Stv. Generalsekretärin SAMW, Basel

