



Kommunikation im medizinischen Alltag

Ein Leitfaden für die Praxis

Kommunikation im medizinischen Alltag

Ein Leitfaden für die Praxis

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. Dokumentation des Gesprächs	21
2. Gesprächstechniken	23
2.1. Festlegen von Zeitgrenzen und Themen	24
2.2. WWSZ-Techniken	24
2.3. Umgang mit Emotionen – das NURSE-Modell	26
2.4. Vermitteln von Informationen	27
2.5. Umgang mit divergierenden Konzepten	30
2.6. Entscheidungsfindung	32
3. Heranführen an spezifische Gesprächssituationen	35
3.1. Erstgespräch	36
3.2. Anamneseerhebung	37
3.3. Arzneimittel-Anamnese	40
3.4. Schlechte Nachrichten überbringen	41
3.5. Ansprechen heikler Themen: häusliche Gewalt	43
3.6. Ansprechen heikler Themen: Alkoholkonsum	46
3.7. Gespräch mit Angehörigen von kranken Kindern	51
3.8. Gespräch mit Angehörigen von Patienten mit Demenzerkrankungen	55
3.9. Arbeiten mit Dolmetschern	57
3.10. Gespräch über Patientenverfügungen und Wiederbelebung	60
3.11. Gespräch über Behandlungsfehler	65
3.12. Gespräch zwischen den Berufsgruppen	68
4. Aus- und Weiterbildung in Kommunikation	71
5. Anhang	75

Herausgeber:
 Ärztekammer Nordrhein
 Tersteegenstr. 9
 40474 Düsseldorf
 Tel.: 0211 4302-2211
 Fax: 0211 4302-2209

Redaktion der deutschen Ausgabe:

Prof. Dr. med. Wolf Langewitz,
 Leitender Arzt der Psychosomatischen Abteilung, Universitätsspital Basel
 Birgit Löber-Kraemer,
 Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, Ärztekammer Nordrhein
 Dr. med. André Karger,
 Facharzt für Psychosomatische Medizin, Klinisches Institut für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie,
 Universitätsklinikum Düsseldorf
 Prof. Dr. med. Norbert Scherbaum,
 Direktor der Klinik für abhängiges Verhalten und Suchtmedizin, LVR-Klinikum Essen
 Prof. Dr. med. Walter E. Haefeli,
 Universitätsklinikum Heidelberg – Medizinische Klinik, Abteilung Klinische Pharmakologie & Pharmakoepidemiologie
 Dr. Michael Schormann,
 Chefarzt der Abteilung für Gerontopsychiatrie und Psychotherapie, LVR-Klinik Bonn
 Viktor Krön,
 Facharzt für Psychiatrie, Ärztekammer Nordrhein
 Dr. iur. Dirk Schulenburg, MBA
 Justiziar, Ärztekammer Nordrhein

Gestaltung: Tina Ennen, Köln

Fotos: Titelfoto: Mario Castello/Corbis; S. 5: Jochen Rolfes; S. 9: Ojo Images/F1online; S. 23: © tmc_photos - Fotolia.com;
 S. 35: © shapecharge/istockphoto.com ; S. 71: © jackfrog - Fotolia.com

© Ärztekammer Nordrhein, 2015

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

Der besseren Lesbarkeit halber wird überwiegend die männliche Form für Arzt und Patient verwendet.

Vorwort

Eine gute Kommunikation zwischen Arzt und Patient beeinflusst entscheidend die Therapietreue des Patienten und damit den medizinischen Behandlungserfolg. In einer Befragung junger Kolleginnen und Kollegen in Deutschland eineinhalb Jahre nach Studienabschluss schätzten diese ihre Kenntnisse und Fähigkeiten der ärztlichen Gesprächsführung jedoch niedriger ein als im Beruf gefordert.

Aus Sicht der Ärztekammer Nordrhein ist die gute Kommunikationsfähigkeit im Patientenkontakt eine ärztliche Kernkompetenz. Diagnose- und Therapiefreiheit bedeutet heute, die Entscheidungen während einer Behandlung ganz individuell im Dialog mit dem Patienten in einem ausbalancierten Verhältnis von empathischer Nähe und professioneller Distanz zu treffen. Nur wenn diese Kommunikation gelingt, wird der Patient Vertrauen in den Arzt haben. Und genau dieses Vertrauensverhältnis ist es, das die Patient-Arzt-Beziehung über einen reinen Kunden-Dienstleister-Vertrag hinaushebt.



Mit dem Wandel der Gesellschaft stellen sich neue Anforderungen an die Patient-Arzt-Kommunikation. *Salus aegroti suprema lex* galt gestern, heute gilt *Voluntas aegroti suprema lex*. Das Selbstbestimmungsrecht des Patienten nimmt in unserer Rechtsordnung einen so hohen Rang ein, dass Ärztinnen und Ärzte einsame Entscheidungen in der Behandlung nicht mehr treffen können.

Mag der mündige Patient ein unerfüllter Traum bleiben, weil sich das fachliche Kompetenzgefälle nicht beseitigen lässt – der informierte, vielleicht auch angesichts medialer Möglichkeiten gründlicher als früher informierte, kritischer gewordene Patient stellt neue Anforderungen an die ärztliche Kommunikationsfähigkeit.

Das Patientengespräch will vorbereitet, strukturiert und gerade auch in kritischen Entscheidungssituationen professionell geführt sein. Dem können viele Kolleginnen und Kollegen aufgrund einer natürlichen Gabe und ihrer ärztlichen Grundhaltung gerecht werden. Doch für die meisten von uns gilt es, die Regeln der guten Kommunikation schlicht und einfach zu erlernen – und das muss systematisch in Ausbildung, Weiterbildung und Fortbildung geschehen.

Daher hatte der Vorstand unserer Ärztekammer Nordrhein den Wunsch, diesen in der Schweiz entwickelten Praxisleitfaden in Deutschland zu verbreiten. Der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften danken wir herzlich für die großzügige Erlaubnis, den Text an den deutschen Sprachgebrauch und insbesondere die deutsche Rechtslage anzupassen.

Rudolf Henke,
Präsident der Ärztekammer Nordrhein

Vorwort der Schweizer Ausgabe

Das Gespräch zwischen Arzt und Patient ist das Fundament einer guten Behandlung. Patienten wollen gehört werden, wenn es darum geht, ihre Beschwerden diagnostisch einzuordnen und allenfalls zu behandeln. Diese Erkenntnis ist nicht neu, aber sie ist noch immer aktuell. In den frühen 70er-Jahren untersuchten Experten erstmals die Gespräche zwischen Ärzten und Patienten und entdeckten dabei, dass diese häufig Defizite aufwiesen. Die Ärzte unterbrachen den Redefluss des Patienten meist nach weniger als einer halben Minute und verpassten dadurch manchmal wichtige Informationen über den Zustand des Patienten. Manche Patienten wiederum verstanden nicht, was Ärzte ihnen mitteilten. Wenn sie die Arztpraxis verließen, wussten sie nicht genau, was der Arzt ihnen eben erklärt hatte und was sie nun tun sollten.

Dass die ungenügende Kommunikation problematisch sein kann, ist in der wissenschaftlichen Literatur mittlerweile recht gut belegt. Dazu gehören zum Beispiel eine erhöhte Wahrscheinlichkeit einer Fehldiagnose, ein gestörtes Vertrauensverhältnis, das Anfordern unnötiger Tests und eine mangelhafte Compliance. Am Ende kann es zum Bruch zwischen Arzt und Patient kommen und zu einem Arztwechsel. In den USA werden viele Klagen gegen Ärzte unter anderem auch damit begründet, dass der Arzt nicht zugehört habe und dass er den Patienten nicht respektvoll behandelt habe. Und: Die häufigsten Defizite, die Patienten während eines Krankenhausaufenthaltes beklagen, liegen im Bereich Kommunikation und Aufklärung.

Wenn hingegen eine vertrauensvolle Beziehung zwischen Arzt und Patient besteht, dann kann das dazu führen, dass beim Patienten weniger Komplikationen auftreten. Der Arzt kann Fortschritte beim Patienten besser erkennen oder den richtigen Zeitpunkt, um ein Medikament abzusetzen. Das gilt insbesondere für chronisch kranke Patienten, von denen es in Zukunft immer mehr geben wird. Die Patientenzufriedenheit und -treue steigen.

Die Beziehung zwischen Arzt und Patient hat sich in den vergangenen Jahrzehnten verändert. Früher war der paternalistische Ansatz verbreitet, bei dem der Arzt zum Wohle des Patienten entscheidet: Der Arzt weiß, was im besten Interesse des Patienten ist, und dementsprechend entscheidet er darüber, welche Informationen er mitteilt und welche Behandlung er empfiehlt. Der Patient hat dabei kaum eine Möglichkeit, seine eigene Position einzubringen.

Mittlerweile ist diese Asymmetrie kleiner geworden, das Gewicht hat sich in den letzten Jahren in Richtung Patient verschoben. Noch immer ist das Verhältnis zwischen Arzt und Patient zwar in den meisten Fällen asymmetrisch, denn der Patient kommt zum Arzt, um gesund zu werden, und viele Patienten sind froh, wenn der Arzt ihnen sagt, was zu tun ist. Aber immer mehr wird

der Patient angehört und seine Wünsche werden respektiert. Sein Wille wird oft als wichtiger eingeschätzt als sein Wohl. Er wird vermehrt zum Kunden und der Arzt zum Dienstleister. Das ideale Gespräch sieht daher heute so aus: Arzt und Patient haben die Möglichkeit, Inhalt und Verlauf des Gespräches zu kontrollieren. Die Gesprächsführung wechselt ab.

Eine wichtige Entwicklung der letzten Jahre ist die vereinfachte Zugänglichkeit von medizinischen Informationen via Internet. Immer mehr Patienten informieren sich vor dem Arztbesuch über mögliche Spezialisten, Krankenhäuser, Diagnosemöglichkeiten, Therapien usw. Erfahrungen über Nebenwirkungen von Medikamenten werden unter Patienten via Blogs ausgetauscht. Nicht selten haben sie auch ihren Arzt via Google ausgewählt und per E-Mail kontaktiert. Die Qualität der Information im Internet ist aber häufig unzureichend und kann das Gespräch mit dem Arzt nicht ersetzen, denn nur im direkten Gespräch können Informationen richtig eingeordnet und gute Entscheidungen gefällt werden.

Im Vergleich zu den 70er-Jahren hat sich mittlerweile einiges verändert, zum Beispiel wird in der medizinischen Grundausbildung heute mehr Wert auf die Kommunikation gelegt. Dennoch zeigen Studien, dass die damals eruierten Defizite nicht einfach verschwunden sind. Und das Gesundheitswesen ist in den kommenden Jahren tendenziell eher weniger darauf ausgelegt, diese Defizite auszugleichen. Rationalisierung steht im Vordergrund, die Behandlungsdauer nimmt ab.

Dieser Leitfaden soll Ärzten helfen, das Gespräch zwischen Arzt und Patient zu analysieren und zu verbessern. Er orientiert sich an aktuellen Herausforderungen im Gesundheitswesen und versucht, anhand von Beispielen aufzuzeigen, wie Defizite behoben werden können.

Prof. Wolf Langewitz, Basel
Präsident der Redaktionskommission



Kapitel 1 Grundlagen der Kommunikation

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 vor allem Internet-basierter Kommunikationsangebote für 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 Gesprächspartnern, 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 und Patient. «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 Protagonisten in ein gemeinsames Geschehen einbindet, in dem die Beiträge des Einzelnen nur schwer auszumachen sind.

Die erste Kategorie gleicht einem Tennismatch: Die Interaktionspartner stehen sich wie Tennisspieler 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 man als Besucher von Wimbledon spürt, wenn man sich dem Central Court nähert, ohne dass man genau weiß, wer gegen wen spielt.

In die erste Kategorie gehört 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 zueinander stehen), 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 Interaktionspartner sich begegnen; der Patient ist zum Beispiel bei der körperlichen Untersuchung als Erduldender in der weniger mächtigen Rolle, er verhält sich komplementär zu den Bedürfnissen des Arztes und kann zwei Stunden später als Controller im Krankenhaus dem Arzt als ähnlich Mächtiger gegenüberreten.

Weniger bekannt sind Theorien, die nicht auf die unmittelbare Interaktion, dafür mehr auf das Klima fokussieren, das zwischen den Interaktionspartnern entsteht. Dieses im Einzelnen schwer zu beschreibende Etwas wird oft mit dem Begriff der **Beziehung** umschrieben, es geht um das **Klima des Vertrauens**, das zwischen Menschen entstehen kann. Ein typisches Beispiel für solche Phänomene ist das Gefühl von **genug**, das sich in einem Aufklärungsgespräch zwischen Arzt und Patient nach einer bestimmten Zeit meistens einstellt. Was ist die Basis für dieses Gefühl,

das den Patienten dazu veranlasst zu sagen: *«Danke, ich glaube, dass ich jetzt so ungefähr weiß, worum es geht. Ich bin einverstanden mit dem Eingriff, ich vertraue Ihnen.»*? Diese Aussage hat keine statistische Evidenz in dem Sinne, dass der Patient wüsste, wie viel Prozent des Wissens des Arztes ihm jetzt mitgeteilt wurde, sie beruht auf einem gespürten *«Es ist gut jetzt»*. Ein ähnliches Phänomen von Stimmigkeit ohne präzise Begründung gibt es auf der Zeitebene: Bei einem Krankenbesuch oder bei einer Besprechung stellt sich in einem bestimmten Moment das Gefühl ein, dass es jetzt Zeit ist zu gehen.

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 und Patient zu beschreiben.

Das Modell umfasst drei Ziele:

1. Daten gewinnen;
2. Patienten informieren;
3. auf die Gefühle von 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 den 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 die Beobachtung des Arztes verifizieren, der in der Lage ist, eine mehr oder weniger vollständige Anamnese zu erheben. Ähnliches gilt für das dritte Ziel im Modell von Bird und Cohen-Cole, das sich wiederum durch die Beobachtung konkreten Arztverhaltens verifizieren lässt, wann immer der Patient unmittelbar oder nur indirekt über seine Gefühle spricht. Im Modell von Lazare et al. wird die Bedeutung der Beziehung zwischen Arzt und Patient hervorgehoben, die sich im Prinzip aus der Perspektive beider Interaktionspartner beschreiben ließe und bei der offen bleibt, welche

Merkmale erfüllt sein müssen, um einem Arzt-Patienten-Gespräch das Attribut einer gelungenen Beziehung zu verleihen.

Bei näherem Hinschauen erweisen sich allerdings auch zunächst einfach scheinende Ziele wie das Vermitteln von Informationen als komplexe Aufgabe: Wenn Information mit dem Ziel vermittelt wird, dass der Patient nach dem Gespräch mehr weiß als vorher, gehört an das Ende einer Informationsvermittlung das Schließen der Schleife: Der Arzt überprüft, was der Patient im Einzelnen verstanden hat. Das gleiche Prinzip gilt schon für die eigentliche Vermittlungsphase: Information wird dann erfolgreich vermittelt, wenn sie als rekursiver Prozess (vermitteln, Reaktion abwarten, vermitteln, Reaktion abwarten) verstanden wird.

Diese kurze Diskussion macht deutlich, dass es nicht so einfach ist, **allgemeine Ziele** für die Arzt-Patienten-Kommunikation zu definieren, da sie sich eben häufig bei näherer Analyse als komplex zusammengesetzte Aufgaben entpuppen, die zudem längst nicht in jedem Arzt-Patienten-Kontakt zielführend sind.

Wie wichtig es wäre, sich auf erstrebenswerte Ziele zu einigen, illustriert eine im Jahr 1998 veröffentlichte Arbeit von Kinmonth et al., in der die Auswirkungen einer Schulung von Praxisassistentinnen und Ärzten in patientenzentrierter Kommunikation untersucht wurden. Wenn als Ziel der ärztlichen Konsultation eine möglichst hohe Patientenzufriedenheit angenommen wird, war diese Studie ein Erfolg: Patienten in der Interventionsgruppe waren deutlich zufriedener. Wenn man allerdings die Qualität der Diabeseinstellung und das Wissen der Patienten über ihre Erkrankung als Endpunkt definiert, hat die patientenzentrierte Kommunikation, zumindest so wie sie in dieser Arbeit verstanden wurde, die Situation der Patienten verschlechtert.

Diese Ergebnisse verweisen auf eine grundlegende Schwierigkeit der professionellen Kommunikation: Wie lässt sich eine Balance finden zwischen dem arztzentrierten Leiten des Patienten, der wenig Chance hat, seine eigenen Anliegen einzubringen, und dem patientenzentrierten Folgen des Arztes, der jeweils das aufgreift, was ihm der Patient anbietet?

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 und Patient – 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 Beobachter 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 probiert der Einzelne seine Wirklichkeitskonstruktionen aus, prüft, ob sie passen, und konstruiert 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 die Gesprächsteilnehmer 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 ein Patient das Gespräch mit dem Arzt möglichst meidet, weil ein bestimmter Spannungszustand vermieden werden soll: Ist zum Beispiel der Patient überzeugt, die ideale Diagnose für sein Leiden (selbst) gefunden zu haben, wird er dem Druck des Umfeldes, sich vom Arzt untersuchen zu lassen, möglicherweise großen Widerstand leisten.

Die Menschen sind offenbar bestrebt, sich ein Bild von der Wirklichkeit zu konstruieren, das möglichst widerspruchsfrei 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 des Gesprächspartners wird ignoriert, verdrängt oder rasch vergessen.
- Zusätzliche Hinweise werden gesucht, um die bisherige Einstellung aufrechtzuerhalten.
- 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 die Erwartung, vom Arzt eine bestimmte positive Diagnose zu erhalten, und die tatsächliche Diagnose ist negativ oder vollkommen andersartig, entsteht in dieser Situation ein realer Konflikt im Patienten.

Erwartungen steuern demnach Ereignisse. Besonders enttäuschte Erwartungen zeigen, was eigentlich erwartet wurde: Machen wir uns als Patient auf zu unserem ersten Besuch beim Hausarzt und gehen davon aus, hier besonders zuvorkommend empfangen zu werden, treffen aber auf eine leicht gestresste Praxisassistentin und einen vollkommen ausgelasteten Arzt mit wenig Zeit für einführende Worte, werden wir uns dieser Erwartungen (sehr oft) erst durch die Nichterfüllung bewusst.

Zudem beeinflussen Erwartungen die Wahrnehmung: So nimmt der Patient, der eine bestimmte Diagnose des Arztes erwartet, besonders klar jene Äußerungen wahr, die zu seinen Erwartungen

passen. Oder: Wenn ein Arzt mit bestimmten Erwartungen – zum Beispiel zur Bestätigung seiner Anliegen als Experte – eine wissenschaftliche Publikation liest, werden ihm 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 die Gesprächspartner 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.

		der Situation	
		entsprechend	nicht entsprechend
mir selbst	gemäß	stimmig	daneben
	nicht gemäß	angepasst	verquer

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

- **Angepasst:** Die Kommunikation ist zwar der Situation angemessen, aber der Sprecher hat den Eindruck, sich verstellen zu müssen.
Ein Beispiel könnte der erste Termin in der Sprechstunde eines noch unbekanntes Arztes 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 Gesprächspartnern 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 zu dem im «falschen Film» wähnen.

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

Literatur

- Bierbrauer G.: Sozialpsychologie. Verlag W. Kohlhammer, Stuttgart 2005.
Bierhoff H.W.: Einführung in die Sozialpsychologie. Beltz-Verlag, Weinheim 2002.
Festinger L.: A Theory of Cognitive Dissonance. Stanford University Press, Stanford 1957.
Frindte W.: Einführung in die Kommunikationspsychologie. Beltz-Verlag, Weinheim 2001.
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 trifft sehr verspätet in der Praxis ein und entschuldigt sich dafür mit einer Erklärung, die der Arzt als fadenscheinig wahrnimmt und über die er sich still ärgert. Im verbalen Ausdruck bagatellisiert er das Verhalten und versichert dem Patienten, dass die Verspätung absolut kein Problem darstelle, macht aber gleichzeitig mit seiner Mimik und Körperhaltung deutlich, dass er das Verhalten nicht billigt. Die anschließende Behandlungszeit ist geprägt durch angespannte Kommunikation, beide fühlen sich nicht wohl.

Nonverbale Elemente wie Gestik, Mimik, Blick, Körperhaltung und so weiter, aber auch paraverbale Phänomene wie die Stimmlage, das Tempo oder die Lautstärke vermitteln emotionale Zustände und die Einstellung zu anderen Menschen, sie unterstützen und veranschaulichen die Rede.

Viele der nichtsprachlichen Äußerungen sind Sprechbegleitungen und nicht selbstständig kommunikativ, allerdings können sie auch absichtsvoll gestaltet sein und ihre eigene kommunikative Rolle spielen. Nichtsprachliche Zeichen unterliegen im Gegensatz zum gesprochenen Wort ganz besonders der subjektiven Deutung durch den Gesprächspartner. Deshalb können eher spärliche, theoretisch fundierte Aussagen über die Interpretation von Zeichen wie etwa den Blick des Gegenübers gemacht werden.

Kurz zusammengefasst:

- Wird die sprachliche Kommunikation reduziert, erhält die nichtsprachliche Kommunikation umso mehr Bedeutung.
- Entspricht die nichtsprachliche Äußerung nicht der sprachlichen, enthalten also die Mimik oder die Stimmlage andere Mitteilungen als das Wort, sind diese beiden Ebenen inkongruent.
- Deutungen haben Spielraum – damit legt sich der Mensch nicht fest und kann auch nicht verlässlich auf seine nichtsprachlichen Mitteilungen festgelegt werden.

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 Partner widerspiegeln. Wir können sie allerdings nicht selbst als Betrachter wahrnehmen und ihre Wirkung nur aufgrund der Reaktion des Gegenübers abschätzen. Der Blick zeigt unseren Bezug zum Partner 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 der Gesprächspartner weiterreden kann, wir seinen Ausführungen folgen können oder ein Sprecherwechsel angesagt ist. Die Körperhaltung hingegen betrifft das gesamte Erscheinungsbild und zeigt beispielsweise an, ob sich der Gesprächspartner dem anderen zu- oder von ihm abwendet.

Ausdruck und Funktion von paraverbalen Zeichen

Zu den paraverbalen Zeichen gehören Intonation, Stimmlage, Stimmfärbung, 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? Der Linguist Hans Jürgen Heringer schreibt dazu: «Ein bloßer Einschnitt zwischen Wörtern ist noch keine Pause. Die Pause entsteht erst, wenn das Aussetzen eine bestimmte Länge hat und dies als Besonderheit wahrgenommen wird.» So wird Stille als Pause gedeutet und ist dementsprechend wichtig für den Wortwechsel zwischen den Gesprächsteilnehmern.

Doch auch hier spielt die subjektive Wahrnehmung eine wichtige Rolle: Für den einen ist eine sehr kurze Pause bereits die Aufforderung oder die Möglichkeit, eine Antwort zu geben oder seine Meinung darzustellen, der andere braucht eine längere Pause und ein dementsprechendes Maß an Stille, bis er sie für seinen Beitrag zum Gespräch nutzen wird. Es kann also sein, dass ein Patient viel mehr Zeit beziehungsweise Stille braucht, bis er zur Rede ansetzt, auch wenn dieses Maß an Stille dem Arzt ungewohnt lange vorkommen mag.

Pausen in der Rede sind zudem in verschiedenen Kulturen unterschiedlich.

Auch hier gibt es Kontrollfragen:

- Wie viel Stille braucht das Gegenüber, um sich einbringen zu können?
- Wie viel Pause beziehungsweise Stille baue ich gewohnheitsmäßig in meine Mitteilungen ein?
- Halte ich es aus, wenn die Stille etwas länger andauert als gewohnt?

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 Basis-Emotionen – 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 Gesprächspartner 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.

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.
Maletzke G.: Interkulturelle Kommunikation: zur Interaktion zwischen Menschen verschiedener Kulturen. Westdeutscher Verlag, Opladen 1996.

1.5. Dokumentation des Gesprächs

Ein oft vernachlässigter, jedoch wesentlicher Aspekt einer professionellen Begegnung zwischen Arzt und Patient ist die Dokumentation. Vor allem in Polikliniken und Ambulanzen, in denen die betreuenden Ärzte häufig wechseln, aber auch in Gemeinschaftspraxen ist die kontinuierliche Betreuung durch einen ganz bestimmten Arzt 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 Patienten geben, und den Einträgen in die Patientendokumentation nicht besonders zuverlässig. Ärzte dokumentieren bis zu 90 Prozent dessen, was Patienten sagen, nicht. Das mag daran liegen, dass 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 den Patienten in seinem Leben im Vordergrund steht, keinen Eingang in die Krankenakte findet. Hier hat der Arzt ganz allein eine Entscheidung darüber getroffen, was wichtig für den nachfolgenden Kollegen ist. In keinem der aufgezeichneten Gespräche wurde partizipatorisch versucht, mit dem 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.



Kapitel 2

Gesprächstechniken

Gesprächstechniken

2.1. Festlegen von Zeitgrenzen und Themen

Gerade bei einem Patienten, der die Abläufe in einer Praxis oder in einer Ambulanz noch nicht kennt, ist es hilfreich, gleich zu Beginn anzusprechen, wie viel Zeit zur Verfügung steht. Falls der Arzt bereits eine fixe Agenda hat, sollte er dies am Anfang mit dem Patienten besprechen und klären, welche Punkte der Patient seinerseits 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 aufgegriffen und weitergeführt werden. Dieser Wechsel bedingt unterschiedliche Redestile des Patienten, der zwischen freier Rede im Narrativ und kurzer, präziser Rede im Bericht hin- und herwechselt. Diese Abschnitte sollten dem Patienten als Themen- und Stilwechsel bekanntgegeben werden, damit er sich in seinem 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 offenzuhalten. Das **Z**usammenfassen dient zum einen der Qualitätskontrolle des Arztes 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 auf den Patienten 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:

Der Patient erhält die Möglichkeit, in Ruhe darüber nachzudenken, ob er noch mehr sagen kann oder wie er sein Anliegen formulieren möchte. Das gleiche Recht kann allerdings auch der Arzt beanspruchen, wenn er nach einer überraschenden oder besonders beeindruckenden Patientenäußerung eine Pause entstehen lässt, in der er das Gehörte verarbeiten möchte. Wenn er seinen Eindruck formuliert, sollte er darauf achten, dass die eigene Betroffenheit nicht so viel Raum einnimmt, dass der Patient seinen eigenen Erzählduktus nicht mehr fortsetzen kann.

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 der Arzt sein Mitgefühl gezeigt hat, 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 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 nochmal 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.

2.3. Umgang mit Emotionen – das NURSE-Modell

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

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

Das Benennen der Emotion (**Naming**) entspricht dem Spiegeln: Die wahrgenommene Stimmung eines Patienten wird benannt. Dieser Schritt ist nur dann sinnvoll, wenn der Patient nicht selbst schon gesagt hat, wie ihm zumute ist. Wenn er zum Beispiel mit dem Satz: «*Ich hab unglaublich Angst, dass etwas Schlimmes dabei rauskommt*», bereits sein Gefühl benennt, ist ein erneutes Benennen durch den Arzt überflüssig.

Wenn die Emotion benannt ist, muss der Arzt entscheiden, ob er sie tatsächlich auch verstehen kann. Wenn ja, ist **Understanding** eine ausgesprochen wohltuende Intervention, in der sich die Wertschätzung für einen Patienten und sein Erleben prototypisch äußert.

Gerade wenn 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 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 fahren möchte zum Sightseeing. 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.

2.4. Vermitteln von Informationen

Ziel der Informationsvermittlung ist der informierte Patient, der in der Lage ist, eine korrekte Einschätzung abzugeben zu Diagnose, Art, Durchführung, Ziel, Nutzen und Risiken einer Intervention. Zudem muss der Patient informiert sein über Art, Risiken und Nutzen von Alternativen sowie über die Option, nichts zu tun.

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 ein Patient mit Informationen umgeht, ob er sie in vorbestehende Konzepte einbetten kann 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 Patienten mit einem gewissen Vorwissen (z. B. Patienten mit länger bestehendem Diabetes) lohnt es sich, zunächst herauszufinden, was sie bereits wissen, um die neue Information passgenau in das vertraute Weltbild einzufügen.

Informationen erzeugen beim Empfänger 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 ein Patient benötigt. Um herauszufinden, welche Fragen ein Patient konkret hat, muss er 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 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. Weiter kann ein Mensch bestenfalls zwei bis vier Elemente gleichzeitig bearbeiten, und Informationen gehen nach etwa 20 Sekunden wieder verloren, wenn sie nicht in irgendeiner Form wieder aufgefrischt werden.

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 mündliche und schriftliche Informationen zu kombinieren. 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 Ärzte sehr selten überprüfen, was Patienten verstanden haben. Die Arbeit von Schillinger, D. et al. hat gezeigt, dass nur 15 von 124 neuen, einzelnen Informationen von Ärzten daraufhin überprüft wurden, ob sie von Patienten auch wirklich verstanden wurden. Acht von fünfzehn Informationen waren korrekt verstanden worden, bei sieben hatten Patienten nicht das verstanden, was der Arzt ihnen übermitteln wollte.

Eine Möglichkeit, das korrekte Verständnis von Informationen zu überprüfen, besteht im «Blaming myself» und klingt folgendermaßen:

A: «Ich finde es ganz schön schwierig, diesen Eingriff gut zu erklären. Ich hoffe, dass mir das jetzt gut gelingen wird. Sie würden mir helfen, wenn Sie mir ab und zu mal sagen könnten, was Sie von meinen Erklärungen verstehen konnten. Wenn das dann nicht so ganz stimmt, muss ich versuchen, es besser zu erklären.»

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.
- Doak C.C., Doak L.G., Friedell G.H., Meade C.D.: Improving Comprehension for Cancer Patients with Low Literacy Skills: Strategies for Clinicians. CA Cancer J Clin. 1998; 48:151–62.
- 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 Pat Educ Counsel epub 2015
- Schillinger D. et al.: Closing the Loop – Physician Communication With Diabetic Patients Who Have Low Health Literacy. Arch Intern Med. 2003; 163: 83–90.
- 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 und Arzt 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 und Patient stark, so kann dies eine sinnvolle Diagnostik und Therapie verunmöglichen.

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 Ärzte nicht bewusst, dass ein Patient ein von ihnen stark abweichendes Krankheitskonzept hat. Patienten berichten selten spontan von ihren Konzepten, sondern zeigen Verhaltensweisen, die für Ärzte irritierend sind.

Beispiel: «Viele Patienten haben Mühe, die vielen Medikamente regelmäßig einzunehmen. Wie ist das bei Ihnen?»

Konzept des Patienten explorieren: Zur Exploration des Konzepts 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)

Der Patient soll durch patientenzentrierte Gesprächstechniken zum Erzählen gebracht werden. Patienten wissen, dass ihr Konzept oft nicht mit dem des Arztes übereinstimmt, und das Offenlegen kann als Vertrauensbeweis für den Arzt angesehen werden. Oft haben die 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 der Arzt, die funktionellen Anteile des Patientenkonzeptes anzuerkennen. Gibt es wenige oder keine brauchbaren Anteile, kann der Arzt 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 das eigene medizinische Konzept erklärt, ist es wichtig zunächst das Interesse an und die Motivation des Patienten für eine alternative Sichtweise zu erfragen.

Beispiel: «Wollen Sie wissen, wie ich das sehe?».

Die meisten 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 das Konzept des Patienten 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 Patient überprüfen: Nach unterschiedlicher Verhandlungsdauer sollte der Arzt das gemeinsame Konzept zusammenfassen und auf die Reaktion des Patienten 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.»

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 Behaviour. 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. Entscheidungsfindung

Die Art der Entscheidungsfindung (partizipatorisch oder nicht) ist davon abhängig, was entschieden werden soll. Immer ist die Zustimmung des Patienten notwendig.

Die folgenden Beispiele unterscheiden sich hinsichtlich Risiko und Sicherheit voneinander und machen eine partizipatorische Entscheidungsfindung notwendig oder auch nicht:

- Patient mit Bauchschuss als Notfall: hohes Risiko, hohe Sicherheit über die nächsten Schritte ➔ keine partizipatorische Entscheidung
- Patientin mit Mammakarzinom (OP brusterhaltend oder nicht?): hohes Risiko, geringe Sicherheit über die nächsten Schritte ➔ partizipatorische Entscheidung
- Patient mit niedrigem Kalium (Diuretikadosis reduzieren?): niedriges Risiko, hohe Sicherheit über die nächsten Schritte ➔ keine partizipatorische Entscheidung

- Patient mit Risikofaktoren (Lifestyleänderung oder Medikamente?): niedriges Risiko, geringe Sicherheit über die nächsten Schritte ➔ partizipatorische Entscheidung

Kommuniziere: Eine Entscheidung steht an! Der Arzt muss dem Patienten explizit verständlich machen, dass eine Entscheidung ansteht. Wenn er das unterlässt, kann der Patient keine Entscheidung treffen. Oft klaffen die Wahrnehmung des Arztes («Ich habe doch erklärt, dass eine Entscheidung ansteht») und die Wahrnehmung des Patienten («Der Arzt hat mir nichts von einer Entscheidung erzählt») weit auseinander.

Was sind die Optionen? Der Arzt sollte sicherstellen, dass alle für die Entscheidung relevanten Informationen auch vorliegen und vom Patienten verstanden worden sind.

Was sind die Vor- und Nachteile der Optionen? Der Patient sollte dazu ermuntert werden, die Vor- und Nachteile der unterschiedlichen Optionen zu bilanzieren und gegeneinander abzuwägen.

Was ist die Präferenz des Patienten? Die Präferenz des Patienten kann in der Entscheidungsfindung sehr unterschiedlich sein und ändert sich auch oft beim selben Patienten im zeitlichen Verlauf in Abhängigkeit von dem, was zu entscheiden ist. Im Wesentlichen gibt es drei Präferenzen:

- Der Patient überlässt die Entscheidung dem Arzt «*Sie sind der Experte! Wenn ich mein Auto in die Werkstatt bringe, muss ich auch dem Mechaniker vertrauen, wenn er mir sagt, dass etwas repariert werden muss.*»
- Der Patient trifft die Entscheidung ohne den Arzt «*Heute treffe ich keine Entscheidung. Ich muss mir noch anhören, was Ihr Kollege meint, als Zweitmeinung.*»
- Der Patient trifft die Entscheidung gemeinsam mit dem Arzt «*Ich möchte gerne die Entscheidung mit Ihnen gemeinsam treffen – nachdem ich das Für und Wider der Optionen mit Ihnen durchgegangen bin.*»

Ärzte können – entgegen ihrer Selbsteinschätzung – die Präferenzen ihrer Patienten in der Entscheidungsfindung nur schlecht einschätzen. Deshalb ist es wichtig, danach zu fragen.

Beispiel: «Patienten wollen in unterschiedlicher Weise am Entscheidungsprozess beteiligt werden: Es gibt Patienten, die möchten die Entscheidung dem Arzt überlassen. Andere wollen die Entscheidung ohne den Arzt treffen und wieder andere wollen die Entscheidung gemeinsam mit dem Arzt treffen. Wie ist das bei Ihnen?»

Abhängig von der jeweiligen Präferenz kann der Informationsprozess darauf abgestimmt, verkürzt oder verlängert werden.

(Was ist die Präferenz des Arztes?) Die Klammer steht dafür, dass die Exploration der Präferenz des Arztes kein «offizieller» Teil der partizipatorischen Entscheidungsfindung ist, jedoch oft von großem Interesse für den Patienten.

Beispiel: «Angenommen, Herr Doktor, Ihre Frau wäre in derselben Situation wie ich jetzt, zu welcher der beiden Optionen würden Sie Ihr raten?» Abhängig von der Entscheidungssituation und seinen individuellen Überzeugungen wird der Arzt seine Präferenzen darlegen.

Literatur

Scholl I. et al.: Development and psychometric properties of the Shared Decision Making Questionnaire – physician version (SDM-Q-Doc). Patient Educ Couns. 2012; 88(2): 284–90.
Shaw D., Elger B.S.: Evidence-based persuasion: an ethical imperative. JAMA. 2013; 309(16): 1689–90.
Whitney S.N., McGuire A.L., McCullough L.B.: A typology of shared decision making, informed consent, and simple consent. Ann Intern Med. 2004; 140(1): 54–9.



Kapitel 3

Heranführen an spezifische Gesprächssituationen

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 Anderen haben, der weit über das hinausgeht, was wir an einzelnen Fakten von ihm wissen. Ein typisches klinisches Anwendungsbeispiel wird vor allem Pädiatern 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 Overtüre eines Musikstücks bereits im Kleinen alle wichtigen Themen des Patienten dargestellt sind. Hierfür ist es aber notwendig, dass sich dieser erste Eindruck entfalten kann und dem Patienten zu Beginn des Gesprächs möglichst viel Raum gegeben wird.

Im idealtypischen Erstgespräch lassen sich zwei grundlegend verschiedene Modi unterscheiden:

- Phasen, in denen der Arzt nicht weiß, worum es geht, in denen er keine Hypothesen zur Art des Problems formulieren kann, geschweige denn zur weiterführenden Diagnostik.
- Phasen, in denen er Hypothesen hat, die er durch gezieltes Explorieren überprüft.

Um Hypothesen zu generieren, sind gezielte Fragen sinnlos, denn das Ziel ist nicht bekannt. Hier ist es angebracht, dem Patienten 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 beim Hausarzt oder bei Visiten bei längerem stationärem Aufenthalt, weil Ärzte dazu neigen anzunehmen, sie wüssten, was sie bei einem Patienten erwarten können. Es wäre hilfreich, jedes Gespräch, in dem

beispielsweise neue Befunde besprochen werden, wie ein Erstgespräch anzusehen, in dem sich der Patient von einer bisher nicht gekannten Seite zeigen kann – wenn er denn die Möglichkeit dazu erhält und nicht innerhalb weniger Sekunden vom Arzt 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 jetzt zum Arzt?

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

Freiraum schaffen für den Patienten

Gesprächstechniken einsetzen, die dem Patienten den Raum verschaffen, seine Probleme ausreichend deutlich darzustellen: **Warten, Wiederholen.**

Mit **Spiegeln, Zusammenfassen und Benennen von Emotionen** dem Patienten zeigen beziehungsweise sicherstellen, dass seine Ausführungen gehört und korrekt verstanden werden. [Während der Patient spricht, stellen sich zwei Aufgaben: einen ersten Eindruck vom Patienten bekommen und in seinen Aussagen ein Muster entdecken.]

Freiraum einschränken und das Rederecht übernehmen

Wenn der Patient das Rederecht an den Arzt übergibt und dieser weiß, worum es geht, wenn er ein Muster in den Angaben des Patienten entdeckt hat und eine Arbeitshypothese formulieren kann, bringt der Arzt seine Sichtweise ein:

- Übernahme der Gesprächsführung 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 der Patient so etwas (diese Erkrankung) schon einmal gehabt? Wie sah die Behandlung aus?
- Bei Hinweis auf spezifisches Krankheitsgeschehen gezieltes Nachfragen.
- Gesprächstechniken einsetzen, bei denen Patienten möglichst präzise Angaben machen können (**fokussierende Fragen, geschlossene Fragen**).

Eigenanamnese/Persönliche Anamnese

Angaben in diesem Abschnitt beantworten die Fragen:

- War dieser Patient in seinem bisherigen Leben jemals krank? Wurde er jemals operiert? Wie hat er bestimmte Lebensabschnitte (Kindheit, Adoleszenz, bei Patientinnen Schwangerschaften, Geburten usw.) bewältigt?
- Je nach Interesse des Arztes und verfügbarem Zeitrahmen wird erneut ein offener Gesprächsraum zur Verfügung gestellt mit patientenzentrierter Kommunikation, oder der Arzt 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 (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 eine Serie von **geschlossenen** oder **fokussierenden Fragen** stellt (s. Listen auf den typischen Anamnese-

schemata; 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 des Patienten?
- Gibt es Erkrankungen mit Vererbungstendenz in seiner Familie (z. B. Hochdruck, Depression, Typ-II-Diabetes, bestimmte Tumorerkrankungen)?
- In diesem Abschnitt ist **explizites Strukturieren** wichtig: Der Patient sollte wissen, warum der Arzt sich für die Familiengeschichte interessiert und wie detailliert er informiert werden möchte.
- Es überwiegen **fokussierende** und **geschlossene** Fragen.

Sozialanamnese

Angaben in diesem Abschnitt beantworten die Fragen:

- Unter welchen sozialen Bedingungen lebt dieser Patient?
- Wie geht er mit der Erkrankung im Alltag um?
- Welche eigene Vorstellung hat der Patient von der Erkrankung?
- Wenn es keine spezifischen Hinweise beispielsweise auf berufsbedingte Erkrankungen gibt (z. B. Kontaktallergien, Schlafstörungen bei Schichtarbeit), Gesprächsraum öffnen für den Patienten mit patientenzentrierter Kommunikation; sonst **fokussierende Fragen**.
- Nach Abschluss der vollständigen Anamnese **Zusammenfassen, 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]

Präsentationsfolien: „Der einheitliche patientenbezogene Medikationsplan“ von Dr. med. Amin-Farid Aly (Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft) unter: <http://www.akdae.de/Fortbildung/Vortraege/Weitere/2014-conhit.pdf> [Stand: 18.03.2015]

3.3. Arzneimittel-Anamnese

Die meisten Patienten glauben, dass ihre Ärzte ihre aktuelle Therapie gut kennen, was tatsächlich nur ausnahmsweise der Fall ist (Serper et al. 2013). Eine gute Arzneimittel-Anamnese braucht Zeit und wird umfassender, wenn sie mehrzeitig durchgeführt wird (Rieger et al. 2004); die Verwendung mehrerer Quellen (Patient, behandelnde Ärzte, Stammapotheke, Angehörige, Pflegedienst, Medikationsplan, Arztberichte, Durchsicht aller zu Hause vorhandenen Arzneimittelpackungen [Brown Bag-Methode]) kann helfen, wichtige Informationslücken zu schließen (ÄzQ 2013).

Die vier Hauptziele der Arzneimittel-Anamnese sind,

- **die aktuelle Exposition des Patienten 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 Arzneimittel-Verabreichung sowie Möglichkeiten und Grenzen des Patienten 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 und die Wirklichkeit der Einnahme für jedes einzelne Arzneimittel zu kennen**
(Präferenzen und Therapieziele des Patienten, Vorhandensein von Nonadhärenz, divergierenden Konzepten oder technischen Schwierigkeiten).

Die Erhebung der aktuellen Exposition ist fast immer lückenhaft und selbst mehrfache Erhebungen durch verschiedene Heilberufler föhren nicht zu einer kompletten Übersicht (Carow et al. 2013). Häufig übersehen werden nicht-verschreibungspflichtige Arzneimittel (Vitamine, Schmerz- und Magenmittel, pflanzliche Produkte, Homöopathika und Antroposophika) 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 hospitalized 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.
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 beforcht ist wie das „Überbringen von schlechten Nachrichten“. Das hat damit zu tun, dass die Mitteilung «schlechter Nachrichten» nicht nur von Patienten sondern auch von Ärzten als außerordentlich emotional belastend erlebt wird. Das bekannteste Lehr- und Lernmodell ist **SPIKES**:

S etting:	Gesprächsrahmen herstellen (Störungen vermeiden, Bezugsperson mit einbestellen etc.)
P erception:	Wahrnehmung/Informationsstand des Patienten einschätzen (Was weiß der Patient über seine Erkrankung?)
I nvitation:	Einschätzen der Bereitschaft, die „schlechte Nachricht“ aufzunehmen
K nowledge:	Ankündigung und Mitteilung der relevanten Informationen
E mpathy:	Emotionen des Patienten 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 akut 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 unnötig auf die Folter spannt. Es macht aber Sinn, die Erwartungen und Befürchtungen des Patienten zu Beginn des Gesprächs zu erfassen, wenn zum Beispiel dem Onkologen nicht klar ist, ob der Patient 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 der Arzt die Information gibt, muss er sich selbst informieren.

Was weiß der Patient? In Situationen, in denen der Arzt als Spezialist erstmalig hinzugezogen wird, ist es ratsam, den 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 Kollegen über das Wissen des Patienten erzählen, mit dem überein, was der Patient tatsächlich weiß.

Ankündigen: «Es tut mir leid ...» Die Ankündigung fokussiert die Aufmerksamkeit des Patienten auf das, was kommt. Manchmal nimmt der Patient 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. Ärzte, die lange und kompliziert reden, gehen weniger auf die Bedürfnisse der Patienten ein als auf ihre eigenen.

Warten: Essenziell nach der Überbringung der schlechten Nachrichten ist eine Pause. Nur so hat der Patient die Chance, seine ganz individuelle Reaktion und seine momentanen Bedürfnisse zu zeigen. Für Ärzte ist dieser Moment oft schwer aushaltbar.

Acknowledge patient's reactions

Je nachdem, wie die Reaktion des Patienten ausfällt, geht der Arzt entweder mehr auf die Emotionen oder auf sein Informationsbedürfnis ein.

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

Zum **Umgang mit dem Informationsbedürfnis** des 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 Patienten die Zeit, um sich darüber klar zu werden, um was sie sich sorgen, wovor sie Angst haben und was sie im Moment noch wissen wollen.

Develop plans for the near future

Wie geht es weiter (nächste Schritte)? Der Patient 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.

Literatur

- 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: 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 Prozent 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 oder Familienangehörige. Die 12-Monats-Prävalenz für widerfahrene körperliche Gewalt durch Partner oder Familienangehörige liegt in internationalen Studien bei etwa einem Prozent, wobei Frauen etwas häufiger betroffen sind.

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.

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: Der Patient zweifelt vielleicht an der Vertraulichkeit des Gesprächs oder er 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 und Begleitperson allenfalls zu separieren (denn unter Umständen ist die Begleitperson der Täter).

Auf Emotionen eingehen: Gewaltopfer befinden sich oft in einem emotionalen Ausnahmezustand. Leitaffekte sind Scham und Angst. Gewaltopfer geben sich die Schuld für das Erlittene (*«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 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 *«Wissten Sie, wir haben hier häufiger 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 Widerfahrens 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 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 Patienten entsprechend zu beraten.

Weisen Befunde bei der Untersuchung von Kindern auf Gewalteinwirkungen hin, ist 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).

Literatur

- Back A.L. et al.: Efficacy of communication skills training for giving bad news and discussing transitions to palliative care. Arch Intern Med. 2007; 167(5): 453–460.
- 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: (http://www.gesundheit-nds.de/CMS/images/stories/PDFs/Aerztlicher-Leitfaden-Kinderschutz_web.pdf). [Stand: 18.03.2015]
- 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.
- HHU Düsseldorf, 2014 Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) unter: <http://mediathek.hhu.de/watch/4612929d-f0b8-4cac-9a79-36f003823995> [Stand: 19.03.2015]
- 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 Partnerschaften und mit sexueller Gewalt gegen Frauen. Leitlinie der WHO für Gesundheitsversorgung und Gesundheitspolitik. Signal e.V., Berlin 2014.

3.6. 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‘ des Betroffenen bedarf, sie anzusprechen zu dürfen. Fühlt sich der Patient überrumpelt, wird er sich schützen und verschließen. Daher ist in erster Linie der vertraute Hausarzt geeignet, sich unter Respektierung der individuellen Eigenheit in der Problemsphäre des 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 (Pabst et al., 2013). Von medizinischer beziehungsweise psychiatrischer Relevanz sind der **riskante**, der **schädliche** und der **abhängige** Alkoholkonsum. Der **riskante** Konsum (14,2 % der erwachsenen Bevölkerung in Deutschland; Pabst et al., 2013) 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 so-

zialen Konsequenzen geführt hat (Pilling et al.; NICE guidelines BMJ 2008). Darüber, ab wann die tägliche Alkoholmenge für die körperliche Gesundheit als riskant bewertet wird, gehen die Expertenmeinungen auseinander. Einige definieren riskanten Konsum als Konsum von mehr als vier Standardgetränken pro Tag bei Männern und mehr als zwei bei Frauen. Zum Teil werden aber auch tägliche Trinkmengen von mehr als zwei Standardgetränken bei Männern und mehr als einem Standardgetränk bei Frauen bereits als riskant angesehen. Rauschtrinken wird definiert als vier Standardgetränke oder mehr bei einer Gelegenheit bei Frauen, fünf Standardgetränke oder mehr bei Männern. Ein Standardgetränk umfasst zum Beispiel 0,3 l Bier oder 0,1 l Wein und enthält etwa 10 bis 12 Gramm Reinalkohol.

Beim **schädlichen** Alkoholkonsum (früher Alkoholmissbrauch genannt; 3,1 % der erwachsenen Bevölkerung in Deutschland; Pabst et al., 2013) ist ein Schaden für die körperliche oder psychische Gesundheit bereits eingetreten. Die Kriterien des Abhängigkeitssyndroms sind allerdings nicht erfüllt. Beim **abhängigen** Alkoholkonsum (s. o. 3,4 % der erwachsenen Bevölkerung) schließlich bestanden nach ICD-10 (F.10.2) 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 des 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 sogenannte AUDIT helfen bei der Einteilung des Alkoholproblems (Pilling et al.; BMJ 2008); 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 1,8 Millionen Personen alkoholabhängig. 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 übermäßigen Alkoholkonsums für die Gesellschaft als Ganzes (Verkehrsunfälle, Straftaten, Arbeitsausfall). Der übermäßige Alkoholkonsum verursacht hohe direkte und indirekte Kosten von geschätzt 26,7 Milliarden Euro für die Volkswirtschaft in Deutschland. Über 90 Prozent der Alkoholabhängigen sind zum gegebenen Zeitpunkt nicht in einer suchtspezifischen Behandlung. Die Verringerung alkoholbedingter Schäden und die Prävention gehören heute zu den wichtigsten gesellschaftlichen Herausforderungen.

Behandlung

Bei alkoholabhängigen Patienten ist eine spezialisierte Behandlung indiziert, die insbesondere Therapieelemente wie die Entzugsbehandlung und die Entwöhnungsbehandlung umfasst. Bei der (meist stationären) Entzugsbehandlung wird das Entzugssyndrom medikamentös gelindert. Begleitend werden etwaige psychische oder körperliche Erkrankungen diagnostiziert und eine Behandlung eingeleitet. Der Patient wird 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 abstinenten Behandlung, zum Teil unter Einsatz von abstinentenstützenden Medikamenten wie Acamprosat, Naltrexon und Nalmefen.

Insbesondere 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 Sucht-Beratungsstellen, Stationen zur qualifizierten Entzugsbehandlung sowie von Suchtfachkliniken. An vielen Orten traten in den vergangenen Jahren ambulante Therapieangebote hinzu. Wenn es ein Arzt schafft, mittels Kurzinterventionen einen Alkoholabhängigen zum Aufsuchen einer Beratungsstelle beziehungsweise einer suchtspezifischen Behandlung zu motivieren, ist schon sehr viel erreicht. Der Hausarzt sollte wissen und auch dem Patienten mitteilen, dass der Behandlungserfolg bei Alkoholkranken in einer spezialisierten Klinik weit besser ist, als gemeinhin angenommen. Dies stimmt vor allem für Patienten mit einer Anstellung und einem erhaltenen sozialen Netz. Entsprechende Nachuntersuchungen zeigen Erfolgsquoten (im Sinne einer mittelfristigen Abstinenz) von etwa 50 Prozent (Geyer et al, 2006). Die Aufgabe des Hausarztes besteht hier in der Unterstützung und Ermutigung, diesen langfristigen, aber Erfolg versprechenden Weg in Angriff zu nehmen.

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 Hausärzte wird empfohlen (S3-Leitlinie, 2015). Vielleicht besteht der wesentliche Effekt einer Intervention durch den Hausarzt darin, dass das Problem des Alkoholkonsums (unter anderem mit Hilfe von Screening-Instrumenten) erkannt und dem Patienten zurück gemeldet wird. Auch können Angehörige den Anlass liefern, über Alkoholkonsum zu sprechen. Daher kann der Einbezug der Familie oder eines Bekannten hilfreich sein. Dem steht allerdings entgegen, dass Familien oft aus Scham die Abhängigkeit eines Familienmitgliedes verbergen und alles daran setzen, dieses Problem nicht publik werden zu lassen.

Vorgehen

Oft wird der Hausarzt 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 des Arztes Anhalt für eine Alkoholproblematik besteht, muss der Arzt sich für ein entsprechendes Gespräch genügend Zeit reservieren. Der Patient muss die Gelegenheit haben, sich zu erklären, der Arzt die Möglichkeit, Rückfragen zu stellen und weitere Schritte anzubieten. Die Diagnostik und Einteilung der Schwere des Alkoholkonsums verfolgt zwei Ziele: zum einen die Exploration des Status Quo und zum anderen eine Dokumentation der Bereitschaft, ein allfälliges Alkoholproblem zum Thema zu machen.

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.). Solche Kurzinterventionen helfen dem Arzt herauszufinden, wie weit der Patient motiviert ist, sein Verhalten zu ändern und wie er dabei am besten unterstützt werden könnte. Im Gegensatz zu einer paternalistischen, unter Umständen als bevormundend erlebten ärztlichen Kommunikation, die dem Patienten quasi vorschreibt, was er zu tun hat, setzt das „motivational interviewing“ (MI) auf die Aktivierung der Ressourcen des Patienten. Zu den Gesprächsprinzipien des MI gehört die Annahme, dass der Patient grundsätzlich zu einer für ihn angemessenen Verhaltensänderung in der Lage ist (**self-efficacy**) und hierfür selber die Verantwortung (**responsibility**) trägt. Hierbei kann der Arzt Veränderungsprozesse anstoßen, indem er – ohne den Patienten entlarven oder überführen zu wollen – medizinische Befunde, zum Beispiel Laborwerte, in Zusammenhang mit dem Alkoholkonsum stellt (**feedback**) und den Patienten zum Nachdenken über Schlussfolgerungen aus solchen Befunden für seinen Alkoholkonsum anregt. Der Arzt kennt die regionalen Hilfsangebote und kann ihre Besonderheiten erläutern. Das Gespräch ist getragen von einem einführenden Verständnis (**empathy**) für die Lebenslage des Patienten und die Schwierigkeiten einer Verhaltensänderung. Letztlich bestimmt jedoch der Patient selbst, wie viel und welche Verhaltensänderungen er angehen möchte. Der Arzt prüft hierbei, in welchem Veränderungsstadium (**«Stages of Change»**) sich sein Patient befindet, was wiederum die Ziele des Gespräches bestimmt und unnötige Interventionen, zum Beispiel in Hinblick auf die aktuelle Aufnahme einer abstinentenorientierten Behandlung, vermeidet, wenn der Patient im Moment dafür gar nicht zugänglich ist.

Gibt ein Patient klar zu verstehen, dass er auf das Beratungsangebot (im Moment) nicht eingehen will, muss der Arzt dies respektieren. Auch dann ist diese Intervention aber nicht sinnlos, da der Patient die Erfahrung machen konnte, dass sein Arzt bereit ist, das Thema Alkohol mit ihm anzusprechen. Ein weiterer wichtiger Grundsatz besteht darin, Rückfälle nicht als Versagen zu verstehen – weder des Arztes noch des Patienten. 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, den Patienten zu einer Randstunde einzubestellen. Zu vermeiden sind ineffiziente Konsultationen, in denen der Arzt herabsetzende Fragen stellt oder beschämende Ratschläge abgibt. Oft geht es darum, deutlich zu machen, dass Arzt und Patient das Problem erkannt haben, dass das Problem explizit und unmissverständlich beim Namen genannt wird und dass der Arzt seine 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 Patienten, die immerhin bereit sind, an einem kontrollierten (**reduziertem**) 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 dem Patienten erlaubt, seine Gesundheit selbstverantwortlich in die Hand zu nehmen. Besteht seitens des Patienten der Wunsch nach einer Verhaltensänderung, sollte der Arzt mit

allen Mitteln unterstützend eingreifen. Doch auch wenn der Patient aktuell Veränderungen ablehnt, sollte diese Entscheidung respektiert und der Patient als Person akzeptiert werden. Gerade hiermit schafft der Arzt in der ärztlichen Praxis das therapeutische Klima, das es dem Patienten erlaubt, Konflikte und Schwierigkeiten anzusprechen. Dieser gegenseitige Respekt zwischen Arzt und Patient führt dann auch im schwierigen Bereich der Suchtbehandlung eher zu einer befriedigenden und Erfolg versprechenden Dialogbereitschaft und erleichtert so eine Verhaltensänderung.

Literatur

- Adams M., Effertz T. Die volkswirtschaftlichen Kosten des Alkohol- und Nikotinkonsums. In: Singer M. V., Adams M (Hrsg.) Alkohol und Tabak: Grundlagen und Folgeerkrankungen. Thieme, Stuttgart 2011
- Aeschbach C.: Der «schwierige» Alkoholpatient. Schweiz Med Forum. 2012; 12(46): 893–6.
- 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.
- Geyer D et al. Behandlungsleitlinie Alkoholbezogene Störungen – Postakutbehandlung. In: Schmidt LG et al. (Hrsg.) Evidenzbasierte Suchtmedizin. Deutscher Ärzteverlag, Köln, S. 52–88
- Pabst A. et al. Substanzkonsum und substanzbezogene Störungen in Deutschland im Jahr 2012. Sucht 2013; 59: 321–331
- Pilling S et al.: Diagnosis, assessment, and management of harmful drinking and alcohol dependence: summary of NICE guidance BMJ 2011;342:d700 doi: 10.1136/bmj.d700
- Rollnick S., Mason P., Butler Ch.: Health Behaviour Change – a Guide for Practitioners. Churchill Livingstone, Philadelphia 1999.
- Soyka M. et al.: Therapiesituation Alkoholabhängigkeit. Suchtmed. 2012; 14 (4): 176–7.
- Spießhofer M. et al.: Indikatoren für den Behandlungsverlauf einer stationären Entwöhnungsbehandlung Alkoholkranker. Schweizer Archiv für Neurologie und Psychiatrie. 2011; 162(2): 66–71.
- S3-Leitlinie „Screening, Diagnose und Behandlung alkoholbezogener Störungen“ AWMF-Register Nr. 076-001; Stand 28.1.2015. www.awmf.org

3.7. Gespräch mit Angehörigen von kranken Kindern

Gespräche mit Eltern von kranken Kindern weisen gegenüber anderen Arztgesprächen einige Besonderheiten auf. In der Regel handelt es sich um **Mehrpersonengespräche**, an denen der Arzt, die Eltern, das Kind und evtl. weitere Gesundheitsfachleute anwesend sind. Das verlangt 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 dem Arzt gelingen, eine Beziehung zum Kind aufzubauen und die Gesprächsführung an die kommunikative Kompetenz des Kindes anzupassen. Der Umstand, dass nicht der Patient selbst, sondern die Eltern für ihr minderjähriges Kind sowohl Ansprechpartner als auch Entscheidungsträger für medizinische Maßnahmen sind, macht die Zusammenarbeit komplex und störungsanfällig. Auch die Tatsache, dass die Angehörigen für ihre Kinder Entscheidungen treffen (müssen), die möglicherweise vom Arzt nicht gutgeheißen werden (zum Beispiel Verweigerung einer notwendigen medizinischen Maßnahme)

me), 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 allen akzeptiertes und stimmiges Krankheitsverständnis zu erarbeiten und die therapeutischen Maßnahmen stets zu kommunizieren. Nicht das kranke Kind ist 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. 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 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 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 störungsanfälliger, 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 Pädiater eine große Belastung dar.

Im Prinzip gelten die gleichen Empfehlungen zum Überbringen schlechter Nachrichten wie in der Erwachsenenmedizin (Kapitel 3.4.). Erschwerend kommt bei Gesprächen mit Eltern schwer

kranker Kinder dazu, 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. Der Arzt ist also mit vielfältigen Ängsten, Befürchtungen und Fragen konfrontiert und sollte sich daher – genauso wie in der Erwachsenenmedizin – genau überlegen, was er zu einem bestimmten Zeitpunkt ansprechen will.

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 krebserkrankter Kinder schätzen an den behandelnden Ärzten vor allem den Eindruck von fachlicher Kompetenz; in ihrer Wahrnehmung überlagern sich fachliche Autorität und emotionale Zuwendung. In ihrem Verhalten unterscheiden sich die Berufsgruppen deutlich: Pflegende versuchen, durch explizites Aufgreifen von Sorgen und Trauer die Eltern emotional zu unterstützen, während Ärzte sich vor allem für die Vermittlung von Informationen zuständig fühlen. Aus der Sicht der Eltern helfen ihnen beide Berufsgruppen auf ihre eigene Art.

Das Gespräch mit Kindern und Jugendlichen

Kinder haben das Recht auf altersgemäße 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. Der Arzt sollte das Kind wahrheitsgetreu über seine Erkrankung informieren. Dies fällt vielen 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 Phantasien. 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 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.

Der Arzt sollte beim Kind immer rückfragen, was es verstanden hat. 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. Der Arzt 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 der Arzt 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 zehn bis 15 Minuten, für 6- bis 8-Jährige 20 Minuten, für über 8-Jährige etwa 30 Minuten.

Literatur

- Ärztammer Nordrhein/AOK Rheinland/Hamburg: Mutmachbuch für Krankenhaus und Praxis unter: <http://www.gesundmachtschule.de/downloads/gms/Mutmachbuch.pdf>. [Stand: 18.03.2015]
- Langer T.: Das Gespräch zwischen Patient, 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.
- 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.

3.8. Gespräch mit Angehörigen von Patienten mit Demenzerkrankungen

In Deutschland leben derzeit etwa 1,5 Millionen Demenzerkrankte, circa eine Million Menschen werden von ihren Angehörigen betreut.

Die Möglichkeiten der Vorbeugung und Behandlung dieser Erkrankung sind derzeit äußerst begrenzt. Ohne geeignete Therapie aber wird die Zahl der erkrankten Menschen auch im Zuge der demographischen Entwicklung in den kommenden Jahren weiter drastisch zunehmen und sich nach Schätzungen bis zum Jahr 2050 auf drei Millionen verdoppeln.

Nicht nur Pflegende und Ärzte, sondern auch pflegende Angehörige stellt dies vor große Herausforderungen. Studien zeigen, dass pflegende Angehörige von Demenzerkrankten besonders häufig unter Depressionen, Schuldgefühlen und Isolation leiden. Im Verlauf der Erkrankung können sich sowohl die Bedürfnisse und Wünsche, aber auch krankheitsbedingte Verhaltensprobleme von Menschen mit einer Demenzerkrankung als auch die ihrer Angehörigen verändern. Es ist daher sehr wichtig, dass Ärzte die Demenzerkrankung als einen Prozess betrachten und die Kommunikation mit den Angehörigen laufend den aktuellen, individuellen Bedürfnissen aller Beteiligten und der jeweiligen Krankheitssituation anpassen.

Studien haben gezeigt, dass Angehörigen die offene Diskussion mit Ärzten besonders hilft, wenn sie bereits im Vorfeld einer möglichen Demenzerkrankung die Gelegenheit dazu erhalten. Sie empfinden die Diagnose dann weniger als Schock. Deshalb ist es wichtig, dass Angehörige so früh wie möglich mit einem Arzt über ihre Beobachtung sprechen können, wenn sie eine kogni-

tive Beeinträchtigung bei einem Angehörigen vermuten. So lassen sich Unsicherheiten, Ängste, Sorgen und Vorurteile zumeist im Vorfeld ausräumen. Im Zuge dieses Aufklärungsprozesses ist es wichtig, herauszufinden, was die Angehörigen über die Krankheit wissen und sie ihren Wünschen entsprechend über die Erkrankung und ihre Folgen zu informieren. So können sich die Angehörigen frühzeitig mit dem Krankheitsbild auseinandersetzen und Vorbereitungen treffen, die langfristig die Lebensqualität aller Betroffenen verbessern können.

Das Vermitteln der Demenzdiagnose

Im Vorfeld der Diagnosemitteilung konfrontieren Angehörige die behandelnden Ärzte oftmals mit dem Wunsch, den Erkrankten nicht in vollem Umfang über die Diagnose zu informieren. Sie begründen den Wunsch meist mit der Angst vor sozialer Stigmatisierung, damit, dass es keine wirksame medikamentöse Therapie gibt, und mit dem Wunsch, den Betroffenen keine weitere emotionale Belastung zufügen zu wollen. Verschiedene Untersuchungen haben allerdings gezeigt, dass die Mehrheit der Demenzpatienten eine Aufklärung wünscht. Die Tatsache, dass sich lediglich 20 bis 30 Prozent der Demenzerkrankten im Anschluss an die wesentlichen Punkte des Diagnosegesprächs erinnern können, verdeutlicht, dass Ärzte das erste Gespräch mit der Demenzdiagnose nicht als ein singuläres Ereignis betrachten sollten, sondern vielmehr als einen ersten Schritt in einem länger dauernden Prozess.

Im Idealfall sollte jener Arzt die Diagnose überbringen, der den Erkrankten danach weiter betreut – meist ist das der Hausarzt. Das Einverständnis des urteilsfähigen Patienten vorausgesetzt, sollte er dabei ein Familienmitglied oder eine vertraute Pflegeperson in das Diagnosegespräch miteinbeziehen. Der Arzt sollte dabei darauf achten, die Informationen den Wünschen sowie den kognitiven Fähigkeiten des Patienten entsprechend zu vermitteln. Dabei gilt es, zwischen den Informationsbedürfnissen des Betroffenen sowie seiner Angehörigen zu unterscheiden. Sofern er die Angehörigen bereits im Vorfeld ausreichend zum Thema Demenz informiert hat, kann sich der Arzt beim Diagnosegespräch voll und ganz dem Patienten widmen.

Das Leben mit der Diagnose Demenz

Für die Angehörigen sowie für die Patienten ist es nach der Diagnose von enormer Bedeutung, im weiteren Verlauf regelmäßig Kontakt mit dem Hausarzt zu haben. Der Hausarzt kann dabei den Krankheitsverlauf im Gespräch und anhand von Tests beobachten und gegebenenfalls entsprechende Hilfestellungen empfehlen oder veranlassen. Im Verlauf der Demenzerkrankung verlieren die Betroffenen nach und nach die Fähigkeit, zu kommunizieren. Angehörige empfinden dann oftmals Wut und Ärger, wenn sie den Kranken pflegen. Der Arzt sollte sie über diese möglichen Kommunikationsschwierigkeiten aufklären und ihnen mit Tipps und Ideen zur Seite stehen, mit denen sie weiter mit dem erkrankten Menschen kommunizieren können.

Die betroffenen Familien benötigen neben der medizinischen vor allem eine psychosoziale Beratung und Betreuung oder den Hinweis, sich einer Selbsthilfegruppe für Angehörige anzuschließen. Es ist hilfreich und notwendig, die Familie in die Behandlung und Betreuung von Demenzerkrankten einzubinden. Außerdem sollten Ärzte die Angehörigen intensiv aufklären. Spezifisches Wissen zum Thema Demenz erleichtert es Angehörigen und Pflegenden, den individuellen Bedürfnissen aller Betroffenen zu jedem Zeitpunkt der Erkrankung gerecht zu werden. Weiterführende Informationen für Betroffene und Angehörige sind über die Landesinitiative Demenz-Service Nordrhein-Westfalen erhältlich (www.demenz-service-nrw.de/).

Literatur

- Aminzadeh F., Byszewski A., Molnar FJ., Eisner M.: Emotional impact of dementia diagnosis: exploring persons with dementia and caregivers' perspectives. *Aging Ment Health* 2007; 11(3): 281–90.
- Bamford C., Lamont S., Eccles M., Robinson L., May C., Bond J.: Disclosing a diagnosis of dementia: a systematic review. *Int J Geriatr Psychiatry* 2004; 19(2): 151–69.
- Byszewski AM., Molnar FJ., Aminzadeh F., Eisner M., Gardezi F., Bassett R.: Dementia diagnosis disclosure: a study of patient and caregiver perspectives. *Alzheimer Dis Assoc Disord* 2007; 21(2): 107–14.
- Campbell KH., Stocking CB., Hougham GW., Whitehouse PJ., Danner DD., Sachs GA.: Dementia, diagnostic disclosure, and self-reported health status. *J Am Geriatr Soc* 2008; 56(2): 296–300.
- Netzwerk der Landesinitiative Demenz-Service NRW unter: <http://www.demenz-service-nrw.de> [Stand: 18.03.2015]
- Robinson L., Gemski A., Abley C., Bond J., Keady J., Campbell S. et al.: The transition to dementia – individual and family experiences of receiving a diagnosis: a review. *Int Psychogeriatr* 2011; 23(7): 1026–43.

3.9. Arbeiten mit Dolmetschern

Patientinnen und Patienten, die nicht Deutsch oder eine gängige Fremdsprache 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 Dolmetscher mit einer professionellen Ausbildung besser geeignet sind, ein Gespräch zwischen Patient und Arzt zu übersetzen als Ad-hoc-Übersetzer (etwa zufällig anwesendes Personal oder Familienangehörige).

Das Problem ist allerdings, dass professionelle 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 ein Patient verfügt.

Was sicherlich nicht zielführend ist, sind Fragen, 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 der Patient gebeten wird, in freier Rede zusammenzufassen, was er gerade gehört hat.

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

Problematisch am Einsatz von Ad-hoc- und professionellen 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 des Dolmetschers ausgeliefert.

Es ist allerdings nicht so klar, welche Aufgabe professionelle 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 der Dolmetscher den gesprochenen Text genau und präzise wiedergibt und er seine eigene Person stark zurücknimmt. Die weiter gefasste Definition entspricht zumindest zum Teil dem des «interkulturellen Übersetzens», bei der Dolmetscher auch als interkulturelle Mediatoren fungieren.

Qualitative Untersuchungen zum Inhalt von gedolmetschten Gesprächen zeigen, dass es bereits auf dem Niveau der inhaltlich korrekten Übersetzung von einer Sprache in die andere gravierende Probleme gibt, die noch vor der interkulturellen Übersetzung gelöst werden müssen.

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

Verhaltenskatalog für medizinische Fachpersonen

Vor dem Gespräch

1. Klären Sie, welche Fachbegriffe Sie benutzen werden (z. B. „Blutdruckmanschette“)
2. Informieren Sie 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 etwas nicht verstanden hat.

Im Gespräch

1. Stellen Sie Dolmetscherin und Patientin einander mit Namen vor.
2. Informieren Sie den Patienten, dass die Dolmetscherin der Schweigepflicht untersteht.
3. Erklären Sie der Patientin, dass die Dolmetscherin ALLES, was im Gespräch gesagt wird, vollständig wiedergeben wird.
4. Halten Sie Augenkontakt zum Patienten.
5. Sprechen Sie 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 den Patienten, wenn die Wiedergabe für Sie keinen Sinn ergibt und/oder Sie keinen Zusammenhang mit Ihrer Frage sehen.
8. Bitten Sie den Patienten zusammenzufassen, was er verstanden hat.

Nach dem Gespräch

1. Vergewissern Sie sich bei dem Dolmetscher, ob er den Eindruck hatte, dass das Gespräch für den Patienten korrekt und verständlich war.
2. Bitten Sie den Dolmetscher um ein Feedback zu Ihrer Gesprächsführung.

Interkulturelle Vermittlung

Abschließend geht es um die grundsätzliche Frage, inwieweit 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 gäbe eine kurdische, kosovarische oder anatolische

Kultur und diese lässt sich durch entsprechende Kulturstandards definieren. Die Tatsache, dass ein Dolmetscher die Sprache einer anderen Kultur spricht, ist nicht automatisch gleichbedeutend mit der Qualifikation, sich zur kulturellen Identität dieser Patienten kompetent zu äußern. Letztlich ist der Dolmetscher genauso wie eine Fachperson darauf angewiesen, diese Verortung einer kulturellen Identität jeweils neu und sorgfältig durchzuführen.

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: Dolmetscher-vermitteltes 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]
- 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.

3.10. Gespräch über Patientenverfügungen und Wiederbelebung

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 des 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 des einzelnen Patienten 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 Patienten mit einer PV wappnen, ist die Frage nach einer Reanimation bei einem Herz-Kreislauf-Stillstand.

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

PV halten die persönlichen Wertvorstellungen sowie den Willen eines Patienten fest, für den Fall, dass er sich nicht mehr äußern beziehungsweise nicht mehr entscheiden kann. Der Patient muss also mit Angehörigen, Ärzten 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 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 Ärzte in der Regel nicht dabei, ein Verständnis vom tatsächlichen Patientenwillen zu gewinnen. Allerdings scheuen viele Ärzte das direkte Gespräch mit ihren 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 der Patient selbst von einer schweren Erkrankung erfahren oder ist ein ihm nahestehender Mensch nach langem Leiden verstorben? Danach wird folgendes Vorgehen empfohlen:

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

Je nach Situation, in der sich der Betroffene befindet, 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 einem Patienten, der von einer schweren eigenen Erkrankung erfährt und bei dem 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 Patienten, die sich zur Frage einer Reanimation äußern sollen. Nach einem einleitenden Gespräch zum Aufbau einer Beziehung wird die Werterhaltung des Patienten erfasst und dann mit ganz konkreten Fragen die Situation einer Reanimation diskutiert.

Die ärztliche Beratung ist allerdings keine Wirksamkeitsvoraussetzung der PV, sodass der Betroffene eine wirksame PV auch dann erstellen kann, wenn er auf ein vorheriges Gespräch mit dem behandelnden Arzt oder einem Allgemeinmediziner verzichtet hat.

Einwilligungsfähigkeit

Damit der Patient überhaupt eine PV erstellen kann, muss er einwilligungsfähig sein (§ 1901a Abs. 1 S. 1 BGB). Einwilligungsfähigkeit ist dann gegeben, wenn der Patient aufgrund seiner Einsichts- und Steuerungsfähigkeit Art, Bedeutung, Tragweite und Risiken der Maßnahme erfassen und seinen Willen hiernach richten kann. Auf die Geschäftsfähigkeit des Betroffenen im Sinne des § 104 BGB kommt es nicht an. Allerdings kann nur ein Volljähriger eine wirksame PV errichten. Zur Abschätzung der Einwilligungsfähigkeit kann dem Patienten ein einfaches Fallbeispiel vorgelegt werden. Er sollte in der Lage sein, dieses zu verstehen und zusammenzufassen. Auch sollte er fähig sein, seine Behandlungspräferenz für diese konkrete Situation zu äußern, alternative Vorgehensweisen zu bewerten und die sich aus seiner Wahl ergebenden kurz- und längerfristigen Konsequenzen abzuleiten. Konkret kann der Arzt 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 Vorab-Prüfung dienen (Stier, 2006). Daran muss sich eine individuelle kontextabhängige Tiefenprüfung durch 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 dem Patienten einen Zugang zu Themen wie schwere Krankheiten und Lebensende zu finden. Der Patient erzählt, wie seine gegenwärtige Lebenssituation aussieht (Gesundheit, soziale Kontakte, Zukunftspläne), wie weit er sich schon mit Fragen über Krankheit, Sterben und Tod auseinandergesetzt hat, welche Ängste in diesem Zusammenhang bestehen und von welchen Personen er denkt, dass sie als Vertrauenspersonen eingesetzt werden könnten. Der Arzt kann in diesem Zusammenhang auch Informationsmaterial zu Patientenverfügungen abgeben (z.B. BÄK-ZEKO, 2013 oder Ärztekammer Nordrhein, 2015)

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.

Werteklä rung

Je individueller die Werteklä rung ist, desto höher wird die Qualität der PV sein. Eine Werteanamnese kann erhoben werden, indem der Patient mit einer einfachen, offenen Frage gebeten wird, seine 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 hier auf Fragen-sammlungen zurückgreifen. Auch werden Kartensammlungen empfohlen, wobei der Patient

Karten (Go-Wish-Kartenspiel) mit definierten Items bezüglich der Wichtigkeit für ihn 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 mit dem Patienten konkrete Fallgeschichten besprechen. Der Patient muss entscheiden, ob er 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 vertraut sein. Im Gespräch mit dem Verfasser der PV und den Angehörigen muss darauf geachtet werden, dass Ärzte und 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:

<http://www.aekno.de/downloads/ae Kno/leitfaden-patientenvorsorge-2015.pdf> [Stand: 18.03.2015]

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.bundesae rzt e-kammer.de/downloads/Empfehlungen_BAeK-ZEKO_Vorsorgevollmacht_Patientenverfuegung_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., Delliens, 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

3.11. Gespräch über Behandlungsfehler¹

Behandlungsfehler stellen für Patienten, ihre Angehörigen und die beteiligten 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 Patienten und 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 Patienten und 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. 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 Ärzte die Patienten nicht offen informieren, führt gerade dies nicht selten erst zum Versuch, eine Klärung durch Dritte (Anwälte, Gutachter, Schlichtungsstellen) herbeizuführen. 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 rechtliche Konsequenzen fürchten. So entsteht nicht selten eine paradoxe Situation, in der erst die nebulöse Kommunikation eine konfrontative

¹ Die nachfolgenden Ausführungen beziehen sich auf Situationen, in denen keine finanzielle Haftung des Arztes zu befürchten ist. Ist hingegen eine finanzielle Haftung nicht auszuschließen (z.B. bei dauernder Pflegebedürftigkeit als Folge eines Behandlungsfehlers), dann ist die Kommunikation nicht von der Schadensregelung zu trennen. Die Schadensregelung erfolgt in solchen Fällen meist im Zusammenwirken mit einem Versicherer und wird aus diesem Grund im vorliegenden Leitfaden nicht behandelt.

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 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 sowie 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 des Patienten führen, sollten offengelegt werden. Dazu gehören auch Ereignisse, die vom Patienten oder von Angehörigen nicht zweifelsfrei als fehlerhaft oder fehlerbedingt identifiziert werden können. Das Informationsungleichgewicht zwischen Ärzten und Patienten 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 den Patienten 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 den 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 des Patienten in den Arzt (und in die eigene Wahrnehmung) fördern kann. Wenn ein Ereignis nicht zu einer Schädigung geführt hat und vom Patienten 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 den Patienten begleiten dürfen, falls er dies wünscht. Gerade bei Fehlern mit schwerwie-

geren Konsequenzen ist die Kommunikation eine Aufgabe der ärztlichen Leitung, auch wenn diese nicht direkt in den Vorfall involviert sind. Gleichwohl ist es oft hilfreich und von 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

Der Arzt erklärt, dass es zu einem Fehler gekommen ist und was genau passiert ist. Er informiert über die Folgen für den Patienten, 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 nur gesichertes Wissen und keine Spekulationen kommunizieren.

Wenn möglich, sollte der Arzt dem Patienten einen Wechsel des behandelnden Arztes oder des Behandlungsteams anbieten. Wenn dieses Angebot angenommen wird, muss der behandelnde Arzt die Übergabe des Patienten sorgfältig vorbereiten und vorbehaltlos unterstützen.

Ein Ausdruck des Bedauerns ist zentrales Element der Kommunikation über einen Behandlungsfehler und hat für 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 den Patienten ist daher unverzichtbarer Bestandteil des Gespräches über einen Behandlungsfehler.

Weitere Nachsorge

Viele für 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 Patienten und Angehörigen sind zu einem späteren Zeitpunkt über diese Erkenntnisse proaktiv zu informieren. Auf jeden Fall soll den betroffenen 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 Krankenhaus oder einer Berufsgruppe auf 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: 18.03.2015]
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: 18.03.2015]

3.12. Gespräch zwischen den Berufsgruppen

Im klinischen Alltag ist es evident, dass in multiprofessionellen Teams das Fachwissen und das Wissen über einen Patienten auf verschiedene Personen aus unterschiedlichen Berufsgruppen verteilt ist – erst die Zusammenführung macht dieses gemeinsame Wissen für die Beteiligten nutzbar. Dieser Erfahrung steht allerdings eine nicht eindeutige Evidenz gegenüber: Die letzte Ausgabe der Cochrane Review zur interprofessionellen Kommunikation hat untersucht, ob sich Interventionen zur Verbesserung der Kommunikation zwischen Berufsgruppen (i.d.R. zwischen Ärzten und Pflegenden) in verbesserter Behandlungsqualität niederschlagen. Es zeigt sich, dass in sieben von 15 Studien Qualitätsindikatoren besser werden (z.B. Anzahl klinischer Fehler auf einer Notfallstation, Behandlungsqualität bei Diabetes-Patienten usw.), vier Studien haben gemischte Ergebnisse und vier Studien zeigen keinen Effekt.

Die Chance zur interdisziplinären Zusammenarbeit ergibt sich am ehesten in der stationären Behandlung von Patienten; im Krankenhaus ist die Visite die Gelegenheit, in dem Pflegepersonal und Ärzte gemeinsam mit Patienten sprechen und ihr Fachwissen einbringen können. Damit dies geschieht, müssen vor allem Pflegenden erleben, dass ihr Beitrag notwendig ist für die Beurteilung eines Patienten: Sie müssen explizit eingeladen werden, ihr Fachwissen einzubringen. Dies wird

umso besser gelingen, je mehr das wechselseitige Verhältnis von Vertrauen, gegenseitigem Respekt und geteilter Verantwortung für das Wohl des Patienten geprägt ist.

Warum ist es dennoch schwierig, eine Gesprächskultur zu etablieren, die eine effektive Zusammenarbeit der Berufsgruppen fördert?

Hemmende Faktoren

Unterschiedliche Sozialisation und Erfahrung im Berufsleben von Pflegenden und Ärzten sind ein wichtiger hemmender Faktor; sie haben weit zurückreichende historische Wurzeln: In der Mitte des 19. Jahrhunderts richtete sich die Medizin als wissenschaftliche Disziplin an den Universitäten und Krankenhäusern ein, wo Pflegekräfte als Hilfs- und Haushaltspersonal arbeiteten. Diese Geschichte prägt das Verhältnis der beiden Berufsgruppen immer noch und zeigt sich im Alltag in deutlichen hierarchischen Unterschieden, die die Zusammenarbeit von Pflegenden und Ärzten behindern. Inzwischen hat der Pflegeberuf aber eine große Eigenständigkeit und Expertise erhalten, die in angloamerikanischen Ländern bereits Mitte des vergangenen Jahrhunderts die Einrichtung universitärer Studiengänge ermöglichte. Im Prinzip wären also die Voraussetzungen gegeben, sich im klinischen Alltag auf Augenhöhe zu begegnen und die Expertise des eigenen Berufsfeldes in Berichten und bei den Visiten einzubringen.

Fördernde Faktoren

Angesichts der historisch gewachsenen Schwierigkeiten in der Kooperation von Ärzten und Pflegenden muss die fachliche Zusammenarbeit explizit gefördert werden. Dies gelingt über die Implementierung von Standards zum Ablauf von Visiten, über gemeinsame Fallbesprechungen und gemeinsame Aus-, Weiter- und Fortbildungen. Alle Bemühungen müssen von der Führungsebene unterstützt werden, die es in der Hand hat, eine effektive und effiziente Kultur der Zusammenarbeit in einer Institution zu etablieren, zum Beispiel durch klare Rollen-Definitionen und zugeordnete Verantwortlichkeiten.

In Zukunft wird die fachliche Zusammenarbeit zwischen den Berufsgruppen ein Garant sein für erfolgreiche Institutionen im Gesundheitswesen – Patienten erleben, dass die Fachpersonen, die sie betreuen, an einem Strang ziehen. Diese Entwicklung wird immer wichtiger werden, je mehr multimorbide, chronisch kranke und alte Menschen in einem Gesundheitssystem versorgt werden müssen.

Ein gutes Beispiel für die Aufgabenverteilung bei der Betreuung schwer kranker Patienten oder ihrer Angehörigen liefert die Arbeit von Forsey et al. (*Psycho-Oncology* 2013): Hier zeigt sich in der Betreuung von Eltern leukämiekranker Kinder, dass Pflegenden ganz andere Ziele in ih-

ren Gesprächen mit Eltern angeben als die Ärzte. Ärzte geben an, dass sie Eltern unterstützen, indem sie sich kompetent um die Behandlung des Kindes kümmern und nicht, indem sie die Befürchtungen der Eltern identifizieren und diskutieren. Pflegende dagegen bringen ihre psychologischen Kenntnisse ins Spiel und versuchen, Eltern dadurch zu unterstützen, dass sie explizit auf ihre Ängste und Sorgen eingehen. Ärzte und Pflegende in dieser Untersuchung kennen diese Art der Aufgabenteilung und verlassen sich auf die Kompetenz der jeweils anderen Berufsgruppe. Beide werden von den Eltern als emotional unterstützend erlebt. Dieses Modell funktioniert allerdings nur, wenn beide Berufsgruppen ihr Selbstverständnis kommunizieren und wenn sich beide gegenseitig respektieren.

Literatur

- Büssing A., Barkhausen M.: Interdisziplinäre Zusammenarbeit und ganzheitliche Pflege. Eine system-orientierte Schnittstellenanalyse. In A. Büssing (Hrsg.): Von der funktionalen zur ganzheitlichen Pflege. Reorganisation von Dienstleistungsprozessen im Krankenhaus. Organisation und Medizin. Verlag für Angewandte Psychologie, Göttingen 1997; 163–92.
- Forsey M. et al.: Comparing doctor's and nurses' accounts of how they provide emotional care for parents of children with acute lymphoblastic leukaemia. *Psycho-oncology*. 2013; 22: 260–7.
- Kesselring A., De Geest S.: Medizin und Pflege: siamesische Zwillinge? *SAMW Bulletin*. 2002; Nr 3: 1–3.
- Manser T.: Teamwork and patient safety in dynamic domains of healthcare: a review of the literature. *Acta Anaesthesiol Scand*. 2009; 53(2): 143–51.
- WHO: Preparing a health care workforce for the 21st century. The challenge of chronic conditions. ISBN 92 4 156280 3 (NLM classification: W 18). WHO, Geneva 2005.
- Xyrichis A., Lowton K.: What fosters or prevents interprofessional teamworking in primary and community care? A literature review. *Int J Nurs Stud*. 2008; 45(1): 140–53.
- Yeager S.: Interdisciplinary collaboration: the heart and soul of health care. 2005; 17(2): 143-8.
- Zwarenstein M., Goldman J., Reeves S.: Interprofessional collaboration: effects of practice-based interventions on professional practice and healthcare outcomes. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2009 Issue 3. Art. No.: CD000072. DOI: 10.1002/14651858.CD000072.pub2.



Kapitel 4

Aus- und Weiterbildung in Kommunikation

Aus- und Weiterbildung in Kommunikation

Wer Kommunikation als die Anwendung bestimmter **Techniken** versteht, geht davon aus, dass bei ausreichendem Interesse des Schülers und ausreichender Kompetenz des Lehrers Veränderungen im Verhalten erreicht werden können. Wer dagegen Kommunikation in erster Linie als eine Folge von **Haltungen** definiert, für den wird es schwierig sein, Lehrstrategien zu entwickeln und Lernerfolge zu messen.

Innerhalb der Interventionen, die vor allem auf die technischen Aspekte der Kommunikation fokussieren, werden wiederum diejenigen besonders erfolgreich sein, die möglichst einfache Techniken vermitteln (z.B. offene Fragen stellen), und weniger solche, die sich auf komplexe Fertigkeiten konzentrieren (z.B. partizipative Entscheidungsfindung). Dies zeigt: Erfolg und Misserfolg von Trainingsprogrammen hängen von der Definition der Lernziele ab.

Ausbildung

In der Ausbildung von Medizinstudentinnen und -studenten sind nicht nur einzelne Fertigkeiten gut vermittelbar, sondern auch komplexe Aufgaben wie das Vermitteln von schlechten Nachrichten. Eine andere aktuelle Arbeit belegt, dass sich durch eine sehr umschriebene, einstündige Intervention bei Studenten, die Fähigkeit Informationen zu vermitteln, hoch signifikant verbessern lässt, sofern die Studenten die Grundlagen professioneller Kommunikation beherrschen.

Weiterbildung

Außerhalb des Studentenunterrichts kommen Übersichtsartikel zum Schluss, dass sich Techniken der patientenzentrierten Kommunikation erfolgreich vermitteln lassen. Der Stand der empirischen Forschung in der Lehre ist allerdings nicht befriedigend. Es ist in vielen Bereichen unbekannt, mit welchem didaktischen Vorgehen am besten Lernziele in der Humanmedizin erreicht werden können. Dies hat zur Gründung der «Best Evidence Medical Education (BEME) Collaboration» geführt, die sich darum bemüht, Evidenz für erfolgreiche Interventionen in der Lehre zusammenzutragen und Qualitätskriterien für Studien im Bereich der Lehre festzulegen. In den deutschsprachigen Ländern kümmert sich die Gesellschaft für Medizinische Ausbildung (GMA) um die Förderung der fächerübergreifenden medizinischen Aus- und Weiterbildung.

Es ist wohl plausibel anzunehmen, dass sich kommunikative Fähigkeiten am ehesten in der Praxis vermitteln lassen, beliebte Modelle wie das Vier-Ohren-Modell von Schulz von Thun bieten plausible Erklärungen für Missverständnisse und stockende Kommunikationsprozesse, sind aber empirisch nicht gut belegt und im unmittelbaren Umgang mit Patientinnen und Patienten schwer

umzusetzen. Dies gilt auch für die Transaktionsanalyse, deren Ertrag für den klinischen Alltag nicht belegt ist. Häufig eingesetztes Lehrmittel sowohl im Studentenunterricht 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 hineinversetzen können und am eigenen Leib erleben, wie anders ein Gespräch verläuft, wenn «der Arzt» ihr Kommunikationsverhalten variiert. An vielen Orten werden in standardisierten Rollenspielen zur Vermittlung und Prüfung von komplexen Fertigkeiten mittlerweile auch Schauspielpatienten eingesetzt. Dies sind Laien- und professionelle Schauspieler, die bezogen auf ein klinisches Problem einen Patienten darstellen und ihr Interaktionsverhalten, an das Verhalten des Lernenden anpassen. Für den Lernenden in der Rolle des Arztes ist vor allem die Qualität des Feedbacks entscheidend: Bezieht sich die Rückmeldung auf etwas, was auch der Lernende bemerkt hat? Ist es wertschätzend formuliert? Knüpft es an die Absichten und an die Möglichkeiten des Lernenden an? Probleme beim Feedback entstehen häufig, wenn zu lange Phasen eines Gesprächs abgewartet werden – dann weiß zumindest der Lernende nicht mehr, wovon eigentlich die Rede ist.

Feedback

Der Einsatz von Videoaufnahmen ist eine andere Möglichkeit, um das Ausgangsmaterial für Feedbackinterventionen anzureichern, es lässt sich aber aus logistischen und datenschutzrechtlichen Gründen eher außerhalb des klinischen Alltags einsetzen, zum Beispiel in Rollenspielen oder bei Interaktionen mit Schauspielerpatienten. Diese kommen vor allem in der Ausbildung, aber auch beim Vermitteln komplexer Techniken wie dem Mitteilen von schlechten Nachrichten immer häufiger zum Einsatz.

Ein Feedback ist umso wirksamer, je mehr es sich auf die eigene, praktische Arbeit bezieht und nicht auf eine artifizielle Situation, zum Beispiel in einem Seminar. Zudem interessiert den Lehrenden weniger, ob jemand im Rollenspiel alles richtig macht, sondern, ob es gelingt, im klinischen Alltag professionell zu kommunizieren. Dies hat zur Entwicklung von Feedbackinstrumenten geführt, die sich im Alltag am Arbeitsplatz einsetzen lassen. Mit ihrer Hilfe wird beispielsweise in Großbritannien der Lernfortschritt auf dem Weg zu einem Facharzt Diplom dokumentiert. Solche «Workplace-based assessments» oder im Unterricht auch Mini-CEX (Mini Clinical Examination) und DOPS (direct observation of procedural skills) werden zunehmend auch im Studentenunterricht eingesetzt.

Alle oben erwähnten Lehrtechniken konzentrieren sich letztlich auf beobachtbares Verhalten. Was Lernende dazu motiviert, ein bestimmtes Verhalten zu zeigen, bleibt dabei unberücksichtigt. Dieses «Nachdenken über» soll durch Interventionen gefördert werden, in denen Studenten gebeten werden, sich schriftlich zu Erfahrungen zu äußern, die sie beispielsweise mit schwie-

rigen Patienten bei ihrer Famulatur beim Allgemeinarzt gemacht haben oder im Lernen am Projekt im Kontakt mit den Menschen in schwierigen Lebenssituationen. Auch die Anamnese- und Balintgruppen (patientenzentrierte Selbsterfahrung) sind eine gute Möglichkeit, die eigene Haltung und das eigene Verhalten in konkreten klinischen Situationen mit Patienten zu reflektieren. Internetgestützte Lernformen sollten entsprechend dem bisher Gesagten umso wirkungsvoller sein, je direkter und individueller die eigenen Antworten beispielsweise auf ein Beispielvideo aus dem Internet mit professionellem Feedback miteinander verknüpft sind. Dies erreicht zum Beispiel eine neue Applikation aus der Drexel Medical School in Philadelphia, bei der Lernende online mit einer Schauspielerin als Patientin interagieren, die unmittelbar nach dem Gespräch mit ihnen eine Aufzeichnung des Interviews anschaut und kritische Momente (in Bezug auf das Lernziel) kommentiert und zu Alternativen ermutigt.

Literatur

- Berendonk C., Beyeler C., Westkämper R., Giger M.: Strukturiertes Feedback in der ärztlichen Weiterbildung: Mini-CEX und DOPS. Schweizerische Ärztezeitung. 2008; 89: 1337–40.
- 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.
- Cook D.A., Beckman T.J., Bordage G.: Quality of reporting of experimental studies in medical education: a systematic review. Med Educ. 2007; 41(8): 737–45.
- 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.

Anhang

Autorinnen und Autoren

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

Dr. med. Klaus Bally

Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, Lehrbeauftragter am Institut für Hausarztmedizin der Universität Basel

Verena Berchtold-Ledergerber, dipl. Psych. FH/SBAP

Dozierende und Forschungsprojektleiterin an den Zürcher Hochschulen für Angewandte Wissenschaften (ZHAW), Dep. Angewandte Psychologie, Zürich

lic. phil. Gertrud Hofer

Zürcher Hochschulen für Angewandte Wissenschaften, Winterthur

Prof. Dr. med. Walter E. Haefeli

Universitätsklinikum Heidelberg – Medizinische Klinik, Abteilung Klinische Pharmakologie & Pharmakoepidemiologie

Dr. med. André Karger

Facharzt für Psychosomatische Medizin, Klinisches Institut für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Universitätsklinikum Düsseldorf

Prof. Dr. med. Alexander Kiss

Chefarzt der Psychosomatischen Abteilung, Universitätsspital Basel

Prof. Dr. med. Reto W. Kressig

Chefarzt, Universitäres Zentrum für Altersmedizin, Felix-Platter-Spital, Basel

Prof. Dr. med. Wolf Langewitz

Leitender Arzt der Psychosomatischen Abteilung, Universitätsspital Basel

Dr. med. Pierre Loeb

Facharzt für Allgemeinmedizin, Psychosomatische und Psychosoziale Medizin SAPP, Basel

Birgit Löber-Kraemer

Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, Ärztekammer Nordrhein

Dr. Jacqueline Martin

RN, Leiterin Ressort Pflege/MTT, Universitätsspital Basel

Prof. Dr. Stella Reiter-Theil

Dipl.-Psych., Professorin für Medizin- und Gesundheitsethik, Ltg. Klinische Ethik, Universitätsspital Basel

Prof. Dr. med. Norbert Scherbaum

Direktor der Klinik für abhängiges Verhalten und Suchtmedizin, LVR-Klinikum Essen

Mathias Schlögl

Research Fellow, Universitäres Zentrum für Altersmedizin, Felix-Platter-Spital, Basel

Dr. Michael Schormann

Chefarzt der Abteilung für Gerontopsychiatrie und Psychotherapie, LVR-Klinik Bonn

Prof. Dr. David Schwappach, MPH

Wissenschaftlicher Leiter der Stiftung für Patientensicherheit, Zürich

lic. phil. Marina Sleptsova

Dolmetscherin an der Psychosomatischen Abteilung, Universitätsspital Basel

Prof. Dr. Rebecca Spirig

RN, Leiterin Zentrum Klinische Pflegewissenschaft am UniversitätsSpital Zürich und Professorin am Institut für Pflegewissenschaft der Universität Basel

Dr. med. Christian Wüthrich

Leitender Arzt Kinder- und Jugendpsychiatrie und Leiter der Kinderschutzgruppe, Universitätskinderklinik Bern

Für wertvolle Hinweise danken wir folgenden Personen:

Prof. Dr. iur. Christian Brückner

Basel

Prof. Dr. med. Dieter Conen

Präsident der Stiftung für Patientensicherheit, Buchs

stud. med. Martin Diebold

Basel

Prof. Dr. med. Jochen Gensichen

Institut für Allgemeinmedizin, Universitätsklinikum Jena

Viktor Krön

Facharzt für Psychiatrie, Ärztekammer Nordrhein

Dr. iur. Dirk Schulenburg, MBA

Justiziar, Ärztekammer Nordrhein

Dr. med. Johanna Sommer

Leiterin der Unité de recherche et d'enseignement en médecine de premier recours, Universität Genf

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. Dr. med. Alexander Kiss

Chefarzt der Psychosomatischen Abteilung, Universitätsspital Basel

Prof. Dr. med. Wolf Langewitz

Leitender Arzt der Psychosomatischen Abteilung, Universitätsspital Basel

lic. iur. Michelle Salathé, MAE

stv. Generalsekretärin SAMW, Basel