

die Untersuchung möglichst ohne Unterbrechung durchführen kann. Muss er unterbrechen, soll er dem Patienten eine kurze Erklärung geben. Dies fördert die Arbeitsbeziehung und gibt Sicherheit. Erwartet der Patient die Untersuchung eines bestimmten Körperteils und dehnt der Arzt die Untersuchung auf andere Körperteile aus, so muss er dies dem Patienten erklären. Wir empfehlen, die Untersuchung bei der Hand zu beginnen, einem Körperteil, den der Patient zu exponieren gewohnt ist. Inspiziert und palpiert er Körperhöhlen wie den Pharynx oder das Rektum, so soll er dem Patienten andeuten, dass dieser Untersuchungsteil unangenehm sein könnte. Wenn er den Oberkörper untersucht hat, so soll er ihn wieder zudecken, wenn er zum Bauch übergeht. Nach der oberflächlichen und vor der tiefen Palpation des Abdomens soll er dem Patienten mitteilen, dass dieser Teil der Untersuchung Beschwerden auslösen könnte. Stellt der Patient während der Untersuchung Fragen, soll der Arzt kurz auf sie eingehen und, falls nötig, dem Patienten erklären, dass er auf diese Fragen erneut nach Abschluss der Körperuntersuchung eingehen wird. Bevor er den Patienten nach abgeschlossener Untersuchung informiert, soll sich der Patient anziehen, damit er aus der Abhängigkeitsbeziehung wieder in die Arbeitsbeziehung zurückfindet.

Wenn möglich sollte auf die Körperuntersuchung bei Verwandten und Freunden verzichtet werden. Dem Arzt fehlt die Distanz, die ihn auf dem Boden der Arbeitsbeziehung erlaubt, klar zu überlegen. Er läuft Gefahr, von Wunschen gelenkt zu werden. Gegenüber Verwandten oder Freunden fehlt ihm häufig die gezügelte, neutralisierte Aggressivität, die für gewisse Entscheidungen nötig ist.

28.3 Patientenzentrierte Kommunikation

Wolf Langewitz

28.3.1 Einleitung

Im Rahmen einer bio-psycho-sozialen Medizin sollten im Gespräch zwischen einer Fachperson und Patienten Elemente aus unterschiedlichen Systemen berücksichtigt werden. Biologische Gegebenheiten, psychische Faktoren und soziale Bedingungen tragen zu subjektivem Leiden und subjektivem Wohlbefinden bei; damit verknüpft, aber nicht gleichzusetzen zu Gesundheit und Krankheit.

Hier sollte klar gestellt werden, dass es fachlich nicht sinnvoll ist, eine ausschließlich patientenzentrierte Kommunikation zu fordern – sie weist dem Patienten eine fachliche Kompetenz zu, deren Fehlen ihn dazu veranlasst hat, einen Arzt aufzusuchen. Was darüber hinaus Patienten letztlich bevorzugen, hängt zum einen von den Entscheidungen ab, die in einer Konsultation zu treffen sind (McKinstry 2000) und zum anderen von ganz persönlichen Wertvorstellungen und Rollenerwartungen (Swenson et al. 2006).

Daher ist es gerade bei unbekanntem Patienten oder bei neuen Problemstellungen wesentlich, Patienten einen Raum zur Verfügung zu stellen, in dem sie sich darstellen können. Diesen Aspekt greift die **Bühnenmetapher** eines Arzt-Patient-Gesprächs auf, in dem die Bühne für einen offenen Raum steht, den die Patientin nach eigenem Gutdünken für die Darstellung ihrer Anliegen und Sorgen nutzen kann. In der Bühnenmetapher enthalten ist auch eine Regieanweisung für die Ärztin: Wenn sie der Patientin die ganze Bühne zur Verfügung stellen will, sollte sie nicht gleichzeitig selber auf der Bühne stehen, sondern sich so weit von der Patientin entfernt positionieren, dass diese in ihren Entfaltungsmöglichkeiten nicht behindert wird und sich dennoch nicht ‚allein auf weiter Bühne‘ fühlt. Dieses Verständnis von der Rolle einer Ärztin als ZuhörerIn einer Patientengeschichte (> Kap. 29) kontrastiert mit dem typischen Arztverhalten, das durch eine frühe Übernahme der Gesprächsführung charakterisiert ist (Marvel et al. 1999).

Die Bühnenmetapher

Die Ärztin stellt der Patientin eine freie Bühne (einen Freiraum) zur Verfügung, auf der sie ihre Sorgen und Anliegen darlegen kann. Damit sie sich auf einer leeren Bühne sicher fühlt, sollte sie gewisse Anhaltspunkte mitgeteilt bekommen, z. B. wissen, wie lange ihr die Bühne zur Verfügung steht, dass sie die Ärztin erreichen kann, wenn sie nicht mehr weiter weiß etc. Während die Patientin die Bühne zur Darstellung ihrer Probleme nutzt, hält sich die Ärztin zurück, um das Stück der Patientin nicht mit eigenen Ideen zu verfälschen. Sie spielt erst dann mit, wenn sie mit einiger Sicherheit weiß, was auf der Bühne gespielt wird.

Im Folgenden werden konkrete Kommunikationstechniken besprochen, die es beiden Gesprächspartnern erleichtern, diese Ziele zu verwirklichen. Diese Techniken sind von Experten vor allem mit dem Ziel entwickelt worden, Studierenden und Ärzten erfolversprechende Formen der Kommunikation zu vermitteln. Patienten beurteilen die Qualität im Gesprächsverhalten von Ärzten allerdings nicht nur aufgrund bestimmter Techniken, sondern mindestens genauso über die wahrgenommene Haltung eines Arztes, insbesondere, ob er engagiert und kompetent wirkt (Langewitz 2007; Salmon und Young 2005).

Techniken alleine machen also die Qualität eines Gesprächs nicht aus; entscheidend ist auch, ob die Ärztin von der Patientin als authentisch erlebt wird (Yedidia 2007). Authentizität im Sinne von ‚Stimmigkeit‘ und Bewahren von Individualität – auch als Fachperson – resultiert wesentlich aus der Übereinstimmung von Inhalt und Form der Kommunikation. Aspekte nonverbalen Verhaltens und Charakteristika der Sprachgestaltung wie Sprachmelodie und Sprechtempo sollten als individualtypisch erlebbar sein und nicht als Ausdruck eines bestimmten klischeehaften Rollenverständnisses.

28.3.2 Konkrete Gesprächstechniken

Bei einem Erstgespräch geht es vor allem darum, in Erfahrung zu bringen, wer der Mensch ist, der vor einem sitzt, und mit welchen Problemen er als Patient professionelle Hilfe sucht. Dafür steht meist mehr Zeit zur Verfügung als für einen Kontrolltermin. Wichtig ist dem Patienten zu erklären, mit wem er es zu tun hat und in welcher Funktion. Bei einem bereits bekannten Patienten oder bei der Visite auf einer Station im Spital geht es vor allem darum zu klären, was jetzt besprochen werden soll. Von daher steht am Anfang häufig (auch auf der Visite; > Abschn. 28.4) eine Klärung der Agenda und des Zeitrahmens: „Wir haben heute 10 Minuten Zeit für unser Gespräch. Was gibt's von Ihnen für heute? ... Ich würde gerne reden über ...“. Anknüpfend an die Bühnenmetapher ist es für Patienten hilfreich, wenn sie bereits zu Beginn grob über den Ablauf des Gesprächs orientiert sind, wenn sie also z. B. hören: „Ich wär' froh, wenn Sie erst mal von sich aus erzählen würden, wie Sie das Problem sehen. Ich werde dann später noch Fragen stellen, aber Ihnen erstmal gerne zuhören.“

WWSZ-Techniken

Warten

In einem typischen Arzt-Patient-Gespräch gibt es sehr selten Pausen von 1–3 Sekunden Länge, in denen keiner von beiden spricht. Dabei ist doch aus der Alltagskommunikation völlig plausibel, dass man manchmal ein paar Sekunden braucht, bis einem einfällt, was man eigentlich noch hinzufügen wollte oder was man jetzt am besten entgegnet. Selbst kurze Pausen könnten also dazu dienen, die „Situation offen zu halten“, dem Patienten die Chance zu geben, seine Ausführungen fortzusetzen. Warten ist allerdings nicht das Gleiche wie absolut gar nichts tun, denn das Ausbleiben jeglicher Reaktion beim Gegenüber irritiert – wie wir alle wissen, wenn es am anderen Ende des Telefons auf einmal für längere Zeit totenstill bleibt. Damit Warten den Patienten einlädt, seine Geschichte fortzusetzen, muss es als Einladung verstanden werden. Augenkontakt ist ein probates Mittel, um dem Gegenüber zu vermitteln, dass ihm die ungeteilte Aufmerksamkeit gilt. Eine Wartepause, bei der der Arzt in den Unterlagen blättert, erfüllt diesen Zweck nicht. Zusätzliche Hilfen sind das Nicken des Zuhörers oder sein „mmh, mmh“ etc.

Das größte Problem beim Warten, was diese an sich sehr schlichte Intervention ausgesprochen schwierig macht, ist die Frage nach der angemessenen Dauer. Warten kann den Charakter eines stummen Belauerns annehmen, bei dem verliert, wer als erster weiter spricht, und das ist hier nicht gemeint. Wie lange ein Warten dauern sollte, damit es noch als Einladung verstanden wird, hängt von den beiden Interaktionspartnern und vom Thema ab. Praktisch nie missverstanden wird eine Wartezeit von 3 Sekunden, z. B. nach einer Äußerung des Patienten, in der Hoffnung, dass er noch etwas hinzufügen

wird. Bei längeren Pausen hilft oft der Blick des Patienten: So lange er bei einer Pause im Erzählen seiner Geschichte wegschaut, denkt er wahrscheinlich nach, was er als Nächstes berichten wird. Wenn er den Blick zurück auf den Arzt lenkt, signalisiert er, dass er wieder in Kontakt ist und jetzt auf eine Reaktion wartet.

Bezogen auf das erste konkrete Ziel eines Arzt-Patient-Gesprächs, nämlich den Austausch von Informationen, dient Warten also dazu, den Patienten *seine eigene Geschichte* erzählen zu lassen, den Informationsfluss vom Patienten nicht durch eigene Fragen zu unterbrechen.

Wiederholen

Das Wiederholen (engl. *echoing*) hat einen stärker einladenden Charakter zur Fortsetzung eines Gesprächs als das Warten. Im folgenden Beispiel wird diese Technik verdeutlicht:

Patientin:	„... Na ja, und dann hat mein Mann gefunden, ich sollte doch mal mit Ihnen darüber reden, ob das vielleicht vom Herzen kommen könnte.“ Pat. schaut die Ärztin an und schweigt. [Offenkundig erwartet sie jetzt eine Aktion der Ärztin.]
Ärztin:	„Vom Herzen?“
Patientin:	„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.“

Spiegeln

Beim Spiegeln (engl. *mirroring*) greift die Ärztin etwas auf, was sie von der Patientin wahrgenommen oder verstanden hat. Im Spiegel erscheint nur etwas, was bereits da ist. Das Beispiel der Patientin, die sich Sorgen um eine etwaige Herzerkrankung macht, mündet in ein Spiegeln auf Emotion ein:

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

Hier benennt die Ärztin eine Stimmung der Patientin mit dem Ziel, weitere Informationen von der Patientin zu erhalten. Gleichzeitig erreicht sie, dass die Patientin das Bemühen der Ärztin um ein Verständnis ihrer Situation zur Kenntnis nimmt, das über das Ansammeln faktischer Informationen hinausgeht; diese Ärztin interessiert sich für mehr als nur die schmerzfreie Gehstrecke.

Typische Einleitungen für eigentliches **Spiegeln auf Emotionen** sind:

Ärztin:	„Sie wirken auf mich im Moment ...“ „Ich habe den Eindruck, dass Sie ...“ „Könnte es sein, dass Sie ...“
---------	--

Diese Beispiele machen eines deutlich: Das Benennen einer Emotion sollte als Vorschlag erfolgen, den die Patientin korrigieren oder aber aufgreifen und unter Umständen begründen kann. So eingesetzt, ist auch das Spiegeln eine Technik, die den Spielraum des Patienten, innerhalb dessen er sich entfalten und seine eigene Geschichte erzählen kann, erweitert. Eine affirmative Behauptung (Arzt: „Sie sind jetzt sehr in Sorge!“) hat abschließenden und nicht einladenden Charakter. Eine typische Fortsetzung im obigen Beispiel lautet:

Ärztin:	„Und jetzt machen Sie sich auch Sorgen, dass es bei Ihnen etwas Schlimmes sein könnte ...?“ [Spiegeln auf Emotion; Benennen der Emotion]
Patientin:	„Ja, es kommt noch dazu, dass meine Mutter in einem ähnlichen Alter wie ich, so ungefähr Mitte 50, im Urlaub auf Mallorca aus heiterem Himmel eine Herzattacke hatte; da sind die dann ganz schnell mit einem Ambulanzflugzeug wieder nach Hause gekommen, und die Ärzte haben gesagt, dass sie noch mal richtig Glück hatte.“
Ärztin:	„Na, da kann ich gut verstehen, dass Sie sich Sorgen machen.“ [Verständnis zeigen für Emotionen]

Man kann auch **Spiegeln auf den Inhalt** des Gesagten, dann entspricht das Spiegeln auf Inhalt einer Zusammenfassung auf hohem Abstraktionsniveau, d. h. weit weg von den einzelnen Tatsachen (s. unten).

Patient:	„Ich hab’ da in letzter Zeit so ein Schwächegefühl im Oberschenkel, vor allem im Liegen. Und dann gibt’s öfter mal so ein Kribbeln, das hat zuerst in den Fußsohlen angefangen und ein bisschen auch in den Händen und ist dann fast bis zum Ellbogen ‘raufgekrochen. <Pause> In der Firma gibt’s eine Umstellung, die wollen uns alle in ein Großraumbüro stecken, und ich kann bei dieser Unruhe nicht arbeiten. Das weiß ich, deswegen bin ich von meiner alten Arbeitsstelle weggegangen! Ich brauche die Arbeit aber, weil wir unseren Jüngsten in ein Internat geben müssen, mit dem klappt es in der Schule überhaupt nicht. Der ist jetzt 13, und wir haben ihn vor zwei Wochen im Krankenhaus abholen müssen, weil er eine Alkoholvergiftung hatte.“
----------	---

Ärztin:	„Ach Gott ... [Verstehen von Emotionen?] Da ist ja in letzter Zeit unglaublich viel zusammengekommen ...“ [Spiegeln auf Inhalt]
---------	---

Zusammenfassen

Mit dem Zusammenfassen dessen, was der Patient gesagt hat, findet ein eindeutiger Wechsel im Rederecht statt. Während das Warten das Rederecht beim Patienten belässt, das Wiederholen ihn ermutigt, es weiterhin wahrzunehmen und gelungenes Spiegeln sich sehr gut in die Erzähllinie des Patienten einpasst, fordert die Ärztin den Patienten beim Zusammenfassen auf, ihr zuzuhören. Von daher sollte die Ärztin das Zusammenfassen ankündigen und dann in eigenen Worten wiedergeben, was sie bisher verstanden hat. Sie hat dabei die Möglichkeit, sehr dicht an den einzelnen Angaben des Patienten zu bleiben oder aber auf höherem Abstraktionsniveau nur ein oder zwei Themen zu benennen, zu denen der Patient ausführliche Angaben geliefert hat (s. Beispiel oben). In diesem Fall entspricht das Zusammenfassen auf hohem Abstraktionsniveau dem Spiegeln auf Inhalt.

48-jähriger Patient:	„Ich habe in letzter Zeit Probleme mit dem Wasserlassen. Ich muss manchmal unglaublich dringend, und dann geht auch schon mal was daneben. Da kommt dann nicht so wahnsinnig viel, aber ich trage in letzter Zeit lieber dunkle Hosen, damit man das nicht so sieht.“ <Pause> „Ich habe mir überlegt, eigentlich bin ich für die Prostata noch ein bisschen zu jung, außerdem kommt der Urin auch noch im Strahl, und das war ja bei meinem Vater ganz anders. Er ist an einem Prostatakarzinom gestorben, aber da war er ja schon älter.“
Arzt:	„Herr B., ich würde gerne eben zusammenfassen, was ich bisher von Ihnen gehört habe.“ PAUSE [Jetzt wartet der Arzt darauf, ob der Patient durch seinen Blick oder durch ein Nicken signalisiert, dass er den Wechsel im Rederecht verstanden hat; wenn dies nicht der Fall ist, redet er womöglich weiter oder unterbricht den Arzt bei seiner Zusammenfassung].
Arzt:	„Sie haben also Probleme mit dem Wasserlassen. Sie haben dann oft einen enormen Harndrang; es kommt aber dann nicht so schrecklich viel raus, aber es passiert manchmal, dass Sie sich in die Hose machen. Und dann haben Sie sich anscheinend überlegt, ob das wohl von der Prostata kommen könnte, weil ihr Vater am Prostatakarzinom gestorben ist, sind aber zum Schluss gekommen, dass das bei Ihnen sehr unwahrscheinlich ist, weil der Urin noch im Strahl rauskommt und weil sie mit 48 eigentlich noch zu jung sind ...?“

Patient:	„Ja... [die Zusammenfassung des Arztes war korrekt, es entsteht kein Korrekturbedarf durch den Patienten]. Ich frag mich auch, woher das kommt. Ob das wohl die Nerven sind? Ich habe in letzter Zeit ziemlich viel Stress, wir haben eine neue Chefin, und die mischt den Laden ordentlich auf.“
----------	---

In diesem Beispiel hat der Arzt alle Angaben des Patienten, die seine Stressinkontinenz betreffen, in der Zusammenfassung korrekt und vollständig aufgeführt; der Patient hätte jetzt die Gelegenheit gehabt, ihn bei allfälligen Missverständnissen zu korrigieren oder aber seine Ausführungen um andere Beobachtungen zu ergänzen. Offenkundig war er aber mit diesem Abschnitt der Anamnese und dem Verständnis des Arztes zufrieden und führt ein neues Thema ein, seine Belastung am Arbeitsplatz. An diesem Beispiel wird deutlich, dass das Zusammenfassen tatsächlich der gegenseitigen Qualitätskontrolle dient: Der Arzt überprüft, ob er den Patienten korrekt verstanden hat und bietet dem Patienten eine Korrekturmöglichkeit; der Patient hat die Möglichkeit zu überprüfen, ob er wirklich alles, was ihm wichtig dünkt, mitgeteilt hat.

Umgehen mit Emotionen: Das NURSE-Modell

In der amerikanischen Literatur hat sich als Akronym für die Kommunikationstechniken, die beim Umgehen mit emotionalen Äußerungen wesentlich sind, das Akronym NURSE etabliert (Back et al. 2007). Die Buchstaben stehen für:

Naming:	Emotionen benennen
Understanding:	Wenn möglich, Verständnis für die Emotionen ausdrücken
Respecting:	Respekt oder Anerkennung für den Patienten artikulieren
Supporting:	Dem Patienten Unterstützung anbieten
Exploring:	Weitere Aspekte zur Emotion herausfinden

NURSE wird nicht jedes Mal komplett von oben nach unten durchlaufen, wenn ein Patient Emotionen zeigt. Es bietet ein Set von möglichen Reaktionen, die beim Umgang mit Emotionen hilfreich sind. Nur für das **Verständnis für eine Emotion** gilt eine bestimmte Reihenfolge: Man sollte nur dann sein Verständnis äußern, wenn Arzt und Patient sich darin einig sind, welche emotionale Qualität im Moment vorherrscht.

Emotionen sind oft unmittelbar erkennbar, sie werden entweder benannt („Ich habe Angst!“), oder sie werden körperlich ausgedrückt, indem die Patientin weint, indem sich die Stimme verändert, die Anspannung im Körper ansteigt oder senkt oder indem sich die Sitzposition verändert. Genauso ist es möglich, dass die emotionale Ebene dadurch dem Untersucher bewusst wird, dass eine an sich zu erwartende emotionale Reaktion ganz offenkundig ausbleibt, wie in folgendem Dialogbeispiel:

Arzt:	„Es tut mir leid, Ihnen sagen zu müssen, dass wir bei der Biopsie bösartige Zellen gefunden haben. Das heißt, Sie haben Krebs!“
Patient:	„Okay. Wann fangen wir mit der Therapie an?“

Auch in diesem Beispiel geschieht etwas auf der emotionalen Ebene: Es bleibt ein emotionales Loch, und dieses könnte der Arzt aufgreifen, indem er z. B. sagt:

Arzt:	„Mein Gott, Sie nehmen das ja unglaublich gelassen ...“
-------	---

Hier wäre sehr gut vorstellbar, dass das Benennen der Emotion, das wir weiter oben als Spiegel auf Emotionen bereits kennen gelernt haben, den Patienten dazu veranlasst zu erklären, warum er die Diagnose anscheinend so gelassen entgegennimmt. Sobald er dies tut, nutzt er den Raum, den der Arzt ihm zur Verfügung gestellt hat und in diesem Sinne ist das Benennen der Emotion oder aber auch das Benennen der fehlenden Emotion eine typische patientenzentrierte Kommunikationstechnik.

Emotionen benennen (*Naming emotion*) = Spiegel auf Emotionen

Der wichtigste Punkt ist, dass Emotionen im Sinne eines Vorschlags benannt werden. Das hat neben der bereits oben dargestellten Absicht, den Raum offen zu halten, einen zweiten Grund: Es ist oft schwierig, die Stimmungslage eines fremden Menschen zutreffend einzuschätzen. Von daher sollte der Patient die Möglichkeit haben, die emotionale Qualität, die ihm vom Arzt zugeschrieben wird, in seinem Sinne zu korrigieren.

Emotionen verstehen (*Understanding emotion*)

Das floskelhafte Verstehen wirkt gekünstelt und im schlimmsten Fall verlogen. Damit es eine Verbindung herstellt zwischen Ärztin und Patientin, muss es sozusagen von Herzen kommen. Die folgenden Beispiele zeigen unterschiedliche Abstufungen im Verständnis für die Emotion einer Patientin.

Patientin:	„Ich habe bei diesen Kontrollen jedes Mal Angst, dass sie wieder was vom Tumor finden.“ [Emotion benennen erfolgt durch die Patientin]
Ärztin:	„Das kann ich sehr gut verstehen.“

Deutlich schwieriger fällt es der Ambulanzärztin, die die Ehefrau eines Alkoholikers seit einem Jahr betreut und mit ihr zusammen alle Möglichkeiten des sozialen und therapeutischen Umgangs mit einem alkoholabhängigen und gewalttätigen Ehemann und Vater durchexerziert hat (Kontaktverbot für den Ehemann, Schloss auswechseln in der Wohnung, Wegweisung durch die Polizei etc.). Als die Patientin mit einem blauen Auge in der Sprechstunde auftaucht, entwickelt sich folgender Dialog:

Patientin:	„Gestern ist er gekommen und hat gesagt, jetzt ist endlich Schluss mit Saufen, und ich habe ihm geglaubt. Ich habe ihn ‘reingelassen, dann ist er eben noch mal weg Zigaretten holen, und als er wiederkam, habe ich schon gemerkt, dass er getrunken hatte. Ich wollte ihn ja nicht reinlassen, aber dann hat er gesagt, er will mit mir reden. Dann haben wir uns gestritten, und jetzt das. Schauen Sie mal! Ich bin so verzweifelt!“
Ärztin:	„Ja, das sehe ich, dass es Ihnen nicht gut geht.“ [Benennen der Emotion; ein Verstehen ist ihr in dieser Situation nicht möglich gewesen.]

Respekt zeigen, Anerkennung (*Respecting*)

Patienten entwickeln oft in schwierigen Situationen Lösungsmöglichkeiten, die uns Respekt abnötigen. Es ist gar nicht so einfach, diesen Respekt dann auch in Worte zu fassen, vor allem dann nicht, wenn man selber Mühe hat mit Lob umzugehen. Das folgende Beispiel zeigt, wie es gehen könnte. Die 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 zum Sightseeing nach Andalusien fahren möchte. Sie schließt diesen Absatz mit der Bemerkung:

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

Unterstützung anbieten (*Supporting*)

Gerade in besonders schmerzlichen und schwierigen Situationen entsteht der Wunsch, dem Patienten oder den Angehörigen in irgendeiner Form Unterstützung anzubieten. Wenn die Zeit dazu ausreicht, ist es hilfreich, sich vor dem Gespräch zu überlegen, was man eigentlich einem Patienten anbieten kann. Im folgenden Beispiel handelte es sich um einen 56-jährigen Patienten, bei dem eigentlich eine kurative Prostatektomie vorgesehen war, von der die Chirurgen jedoch Abstand nahmen, weil sich intraoperativ im Schnellschnitt ein Lymphknoten als positiv erwies. Der Patient war verzweifelt und auch in langen Gesprächen kaum zu beruhigen. Der chirurgische Assistent beschreibt die Ehefrau des Patienten als klar denkende und liebevolle Partnerin; er erlebt sie als die wichtigste Ressource des Patienten. Er hat sich überlegt, dass es im Tessin eine private Rehaklinik gibt, in der Ehepaare gemeinsam aufgenommen werden und in der die Möglichkeit besteht, Paargespräche zu erhalten. Als er das Zimmer des Patienten betritt, sitzt die Ehefrau neben dem Bett und hält seine Hand. Sobald der Patient den Assistenzarzt sieht, wendet er

sich von der Ehefrau ab und beginnt sich laut und unter Schluchzen über den „Verrat“ der Urologen zu beklagen, die ihm die Heilung versprochen und ihn jetzt schmähsch mit dem Krebs hätten sitzen lassen. Schließlich beendet er seine Klage mit den Worten:

Patient:	„... Wie soll das denn jetzt werden, ich bin gerade zum Rektor gewählt worden, ist das etwa alles umsonst?“
Arzt:	„Ja, das kommt sehr, sehr plötzlich jetzt diese Entwicklung [Spiegeln auf Situation]. Wenn Sie mögen, will ich gerne mit Ihnen und mit Ihrer Frau zusammen reden, damit wir die nächste Zeit ein bisschen planen können.“ [Unterstützung anbieten]
Patient:	„Was gibt’s denn da noch zu planen, es ist doch eh alles vorbei.“
Ehefrau [zum Arzt]:	„Was meinen Sie denn damit?“
Arzt:	„Ich meine damit, wie es in den nächsten drei Wochen weitergehen könnte.“
Ehefrau:	„Ja, was denken Sie denn?“

Der Arzt wendet sich an die Ehefrau und erklärt ihr seinen Vorschlag, für die beiden einen Aufenthalt im Tessin zu organisieren. Die Ehefrau unterstützt diesen Vorschlag, der Patient signalisiert ein mögliches Interesse durch die Frage: „Wo soll das denn liegen, dieses Spital? Da ist es doch jetzt auch nicht besonders schön, so vom Wetter her.“

Emotion herausfinden (*Exploring*)

Der letzte Schritt kommt dann zur Anwendung, wenn der Patient den Eindruck vermittelt oder die Ärztin den Eindruck hat, dass die emotionale Reaktion noch nicht wirklich vollständig benannt, geschweige denn verstanden ist. Typische Fragen, die sich diesem Schritt zuordnen lassen, sind:

Ärztin:	„Ich bin mir nicht sicher, ob ich jetzt wirklich weiß, wovor Sie eigentlich so Angst haben. Gibt es da noch etwas, was Sie bewegt?“ oder: „Sie haben jetzt über Ihre Trauer gesprochen, aber ich habe den Eindruck, dass es noch irgendetwas anderes gibt, ich weiß aber nicht, was das ist ...“
---------	--

Wenn die Ärztin jetzt wartet, hat die Patientin die Möglichkeit, sich den Vorschlag der Ärztin zu überlegen, doch noch einmal genau und in Ruhe in sich nachzuspüren, ob mit dem Begriff der Trauer eigentlich wirklich alles gesagt ist. Wiederum hätte die Ärztin mit ihrer Intervention „den Raum geöffnet“, den die Patientin nutzen könnte, um ihr eigenes Erleben in den Diskurs einzuführen.

Strukturieren

Gesprächsstil und Anamneseabschnitte verdeutlichen

In einem typischen Anamnesegespräch (s. unten) gibt es Abschnitte, in denen der Arzt ganz eindeutig führt, indem er überwiegend geschlossene Fragen stellt, die der Patient möglichst knapp und präzise beantworten sollte, und Phasen, in denen der Patient möglichst mit eigenen Worten und in der notwendigen Ausführlichkeit erzählt, was ihm wichtig dünkt. Ein Vorschlag zum Einsatz verschiedener Kommunikationstechniken in unterschiedlichen Interviewphasen findet sich in > Abschnitt 28.3.4. Während im **Jetzigen Leiden** der Arzt gut beraten ist, den Patienten nach seiner Façon sprechen zu lassen, hat er bei der **Systemanamnese** großes Interesse daran, keine ausschweifenden Beschreibungen der Verdauungsbeschwerden der letzten 15 Jahre zu hören, sondern einen kurzen und knappen Bericht über Stuhlkonsistenz, Häufigkeit des Stuhlgangs, Blutauflagerungen auf dem Stuhl etc. In diesem Fall sähe eine typische strukturierende Intervention des Arztes so aus:

Arzt:	„Ich glaube, ich habe jetzt alle Angaben zusammen, weswegen Sie heute zu mir in die Praxis gekommen sind [ggf. Zusammenfassen]. Ich werde Ihnen im nächsten Teil gerne eine ganze Reihe von Fragen zu Ihren Körperfunktionen im Allgemeinen stellen und wäre froh, Sie würden die so kurz und knapp wie möglich beantworten. Wie ist es mit dem Appetit ...?“
-------	---

Zeitliche Begrenzung

Arzt-Patient-Gespräche finden nicht im luftleeren Raum statt; sie unterliegen einem Zeittakt und werden in Abhängigkeit von der aufgewendeten Zeit bezahlt. Patienten wissen das, sodass man ihnen nichts Neues erzählt, wenn man den eigenen Zeittakt initial freundlich (!) anspricht. Durch das explizite Ansprechen der Zeit bietet die Ärztin der Patientin die Chance, ihr Anliegen und ihren Erzählstil dem Zeitbudget anzupassen, das ihr bei dieser Konsultation zur Verfügung steht. Wenn möglich, könnte die Ärztin die Zeitlimits mit dem Angebot einer erneuten Konsultation verknüpfen:

Ärztin:	„Ich habe mir heute 20 Minuten für unser Gespräch reserviert. Wenn das nicht reicht, machen wir noch einen neuen Termin ab.“
---------	--

Agenda festlegen

Abgesehen von medizinischen Notfallsituationen, in denen heftige Schmerzen, Atemnot, eine blutende Wunde oder eine Fraktur eindeutig auf das im Moment aktuelle Problem verweisen, sind typische Konsultationen durch die Vielzahl unter-

schiedlicher Themen charakterisiert, die Ärztin oder Patientin ansprechen könnten. Gerade bei mehrfachen Konsultationen, in denen eine (neue) Therapie vereinbart und installiert wird, ist es angesichts eines begrenzten Zeitbudgets sinnvoll, sich darauf zu einigen, worüber in den nächsten 10 Minuten gesprochen werden soll.

Ärztin:	„... Ich würde heute gerne mit Ihnen besprechen, wie Ihnen die neue Wassertablette bekommen ist. Dann wüsste ich gerne noch, wie es Ihrem Mann nach der Operation ergangen ist und ob er Ihnen wieder ein bisschen im Haushalt helfen kann. Was gibt's von Ihnen, was würden Sie gerne heute besprechen?“
Patientin:	„Ich wollte Sie fragen, ob Sie nicht mal mit meinem Mann reden können. Der geht nicht mehr zur Physiotherapie, und ich finde, er kommt die Treppen schlechter rauf als nach der Reha. Das müsste doch eigentlich besser werden, oder?“
Ärztin:	„Okay, dann haben wir drei Themen, und ich fange mit dem ersten an: Wie geht's mit den neuen Wassertabletten ...?“

28.3.3 Arztzentrierte Kommunikation

Arztzentrierte Kommunikation bedeutet, dass in diesen Gesprächsphasen das Rederecht eindeutig beim Arzt liegt, der das Gespräch – basierend auf einer Hypothese zur Natur des aktuellen Problems – in die Hand nimmt.

Je umfassender das medizinische Wissen und die Erfahrung einer Ärztin, desto häufiger wird sie beim Zuhören erleben, dass sich bestimmte Assoziationen zu den Informationen des Patienten einstellen. Die Versuchung ist groß, diese Überlegungen sofort in Form von Fragen in den Diskurs einzuführen. Damit unterbricht die Ärztin den Redefluss des Patienten und übernimmt die Führung – sie wechselt in den arztzentrierten Teil des Gesprächs über. Oder in der Bühnenmetapher: Sie verlässt ihren Platz im Zuschauerraum und kommt selber auf die Bühne, um den Fortgang des Stücks zu beeinflussen. Dies wäre im Prinzip kein Problem, wenn es dem Patienten gelänge, nach diesem Gesprächsabschnitt wieder in die eigene Geschichte zurückzukehren – so, als ob es keine Unterbrechung gegeben hätte. Aber: Jeder Erzähler weiß, dass es nach einer Zwischenfrage schwierig ist, wieder in den Erzähltrakt zurückzufinden; manchmal ist ‚schlicht die Luft raus‘, und der Faden reißt ab. Dann hilft auch eine offene Frage nicht mehr weiter; der Patient wartet ab, was er gefragt wird und gibt nur noch Antworten, sonst nichts (Balint).

Das größte Problem beim Wechsel auf den arztzentrierten Gesprächsteil ist das Finden des richtigen Moments. Der Arzt muss warten, bis sich der Eindruck von dem, was diesen Patienten jetzt dazu bewegt hat, Hilfe zu suchen, soweit verdichtet, dass er einzelne Aspekte gezielt abklären kann. Wenn er die Gesprächsführung zu früh übernimmt, muss er befürchten, etwas

Wesentliches zu übersehen. Wenn er zu spät ‚das Heft in die Hand nimmt‘, kann er womöglich innerhalb seines Zeitbudgets keine Diagnose stellen, geschweige denn eine Therapie initiieren. Der Zeitpunkt des klugen Wechsels auf die arztzentrierte Kommunikation ist extrem variabel: In Abhängigkeit vom Problem des Patienten und je nachdem, ob der Arzt ihn bereits kennt oder zum ersten Mal sieht, kann dieser Wechsel nach 90 Sekunden eintreten oder womöglich erst nach 20 Minuten. Eine goldene Regel gibt es nicht; grundsätzlich lässt sich aber feststellen, dass die Übernahme der Gesprächsführung durch den Arzt unnötig früh erfolgt – in US-amerikanischen Untersuchungen nach weniger als 30 Sekunden, obwohl die meisten Patienten bei einem Erstkontakt das Rederecht von sich aus bereits nach 2 Minuten (im Schnitt nach 90 Sekunden) an den Arzt übergeben (Langewitz et al. 2002; Marvel et al. 1999).

Ganz eindeutig wird von Patienten die Übernahme der Gesprächsführung gewünscht, wenn es darum geht, Informationen zu erhalten. Sie wollen nicht erst nachfragen müssen, sondern erwarten, dass der Arzt von sich aus Informationen anbietet (Leckie et al. 2006).

Typische Techniken der arztzentrierten Kommunikation

Geschlossene Fragen

Typische geschlossene Fragen fordern „eine ganz bestimmte Antwort; sie lassen sich meist mit einfacher Bejahung oder Verneinung oder durch eine Mengenangabe beantworten:

Arzt:	„Haben Sie Fieber?“
Patient:	„Nein.“
Arzt:	„Wie viel haben Sie denn in den letzten 4 Wochen abgenommen?“
Patientin:	„Drei Kilo!“

Typische offene Fragen fungieren als Einladung, sich umfassender zu äußern; sie gehören zur patientenzentrierten Kommunikation und finden sich fast immer am Anfang einer Anamnese, z. B.: „Erzählen Sie mal, weswegen kommen Sie?“

Zwischen offenen und geschlossenen Fragen stehen die fokussierenden oder Trichterfragen, die dazu einladen, sich zu einem bestimmten Thema zu äußern:

Arzt:	„Gut, jetzt hab‘ ich erst mal alles zusammen, was Ihnen Sorge macht; vor allem mit dem Herzen scheint was nicht zu stimmen [Spiegeln auf Inhalt]. Ich wüsst‘ gerne noch was zu Ihrem Alltag, wie geht das denn mit Bergaufgehen? [Fokussierte Frage mit Einladungscharakter] Konnten Sie hier hoch den Petersgraben, oder hatten Sie schon Mühe mit Schnaufen?“ [Geschlossene Frage mit dem Risiko, dass der Patient nur mit Nein! antwortet].
-------	--

Patient:	„Das ging noch, ist ja nicht so weit vom Bus bis hier, aber zu Hause merk‘ ich das schon, vor allem, wenn ich mit dem Hund spazieren geh‘. Unsere Runde oben auf dem Bruderholz mag ich nicht mehr, da hab ich eine Nachbarin gefragt, die geht dann mit ihm. Aber wir müssen schon aufpassen, er wird dick. Die lässt ihn halt nicht von der Leine.“
Arzt:	„Och, geht das schon länger?“ [Eine formal geschlossene Frage, die unmittelbar an das anschließt, was der Patient gesagt hatte.]
Patient:	„Ja, eben seit diesem Anfall im März, als ich so schlecht Luft gekriegt hab.“

Deutlich wird an diesem Beispiel, dass ‚Nebensächliches‘ oft wesentliche Informationen enthält, hier eine Angabe zum zeitlichen Verlauf der Belastungsdyspnoe: sie besteht bereits so lange, dass der Hund des Patienten Gewichtsprobleme entwickelt hat! Der Arzt greift diesen Hinweis auf und klärt den zeitlichen Verlauf mit einer geschlossenen Frage.

In typischen Arzt-Patient-Gesprächen werden geschlossene weitaus häufiger gestellt als offene Fragen (Kindler et al. 2005; Weber et al. 2007). Obwohl Patienten nach einer offenen Frage sehr viel mehr sagen *könnten* als nach einer geschlossenen, sind die Unterschiede zwar signifikant, aber nicht überragend: In Prämedikationsgesprächen (Kindler et al. 2005) folgen auf geschlossene Fragen des Anästhesisten im Schnitt $2,75 \pm 3,5$ Patientenäußerungen; nach einer offenen Frage sind es $3,84 \pm 4,5$. In Gesprächen mit Schauspielerpatienten, die im Rahmen einer Ausbildung in Psychosomatischer Medizin in Niederösterreich ausgewertet wurden, zeigte sich, dass Patienten nach geschlossenen Fragen im Schnitt mit $1,78 \pm 1,4$ Äußerungen antworten und nach offenen Fragen mit $2,61 \pm 2,3$ (unveröffentlichte Daten).

Mindestens so wichtig wie der Fragetyp scheint das Gesprächsklima (neutral/positiv/negativ) zu sein: Es hat wesentlichen Einfluss darauf, wie viel ein Patient nach einer Frage der Ärztin sagt, wie sehr er sich eingeladen fühlt, den Raum auch in Anspruch zu nehmen, den ihm die Ärztin mit einer offenen Frage eröffnet (➤ Tab. 28.1).

Was tun mit dem Material, das Patienten anbieten?

Die Anwendung von WWSZ und das Strukturieren führen dazu, dass Patienten mehr Informationen liefern: Bei Anamnesegesprächen in der Medizinischen Poliklinik korrelieren die Menge an Informationen und die Häufigkeit von WWSZ mit $r = 0,64$ ($p = 0,003$). Gerade Studierende stehen dann oft vor dem Problem, was sie mit diesen Informationen anfangen sollen. Womöglich ist diese Frage deswegen so drängend, weil im Studium vor allem vermittelt wird, wie der Student intelligente Fragen stellt. Intelligente Fragen setzen ein ärztliches Erklärungskonzept voraus, auf dessen Basis sie formu-

Tab. 28.1 Zusammenhang zwischen dem Gesprächsklima (in der Wahrnehmung von Auswertern) und der Anzahl ununterbrochener Äußerungen von Patienten auf offene und geschlossene Fragen der Ärztin

Fragetyp	Anzahl Äußerungen (MW ± SD); Gesamtzahl Äußerungen		
	Negatives Gesprächsklima	Neutrales Gesprächsklima	Positives Gesprächsklima
Geschlossene Fragen	1,68 ± 1,4; n = 469	1,76 ± 1,4; n = 1053	2,02 ± 1,6; n = 247
Offene Fragen	2,17 ± 1,6; n = 227	2,55 ± 2,1; n = 668	3,28 ± 3,0; n = 203

liert werden (z. B.: „Tut es beim Husten besonders weh?“ bei V. a. Pleuritis). Ärztliche Erklärungskonzepte sind in der Regel Anleitungen zum Handeln. Von daher liegt es nahe, auch mit den Informationen, die ein Patient *spontan* liefert, aus der Perspektive des Handelns umzugehen und dann darunter zu leiden, dass einem zunächst kein professionelles Modell zur Verfügung steht, aus dem sich Handlungsanweisungen ableiten lassen. Ein möglicher Denkfehler besteht also darin, den professionellen Umgang mit gezielt gesuchten Informationen auf den Umgang mit spontan geäußerten Informationen zu übertragen und sich damit unnötig unter Druck zu setzen.

Manchmal beschreiben Patienten Wahrnehmungen und Gefühle, die den Arzt sofort an ein bestimmtes Krankheitsbild denken lassen. Dann lassen sie sich problemlos in ärztliche Erklärungsmodelle übersetzen. Wenn dies nicht gelingt, stellt sich die Frage, wie sich eine ordnende Struktur in der ‚Lose-Blatt-Sammlung‘ der Patientenäußerungen entdecken lässt. Einerseits kann man gezielt danach fragen, wahrscheinlich am einfachsten mit einer vorgeschalteten Äußerung der eigenen Unsicherheit.

Arzt:	„Ich bin nicht sicher, ob ich das richtig verstehe; für Sie gibt's anscheinend einen Zusammenhang zwischen dem Urlaub und den Bauchschmerzen?“
-------	--

Eine andere Möglichkeit wäre die von Peter Maguire *educated guess* genannte wohlüberlegte Vermutung (Maguire et al. 1986a, 1986b). Sie entspricht häufig einem lauten Mitdenken der Ärztin mit der Patientin: Sie spinnt den Faden fort, den die Patientin begonnen hat.

Woher weiß die Ärztin, was sie jetzt am besten sagt? Womöglich ‚weiß‘ sie es, weil sie sich soweit auf die Stimmung der Patientin im Gespräch eingelassen hat, dass sie sich einschwingen konnte auf das Erleben der Patientin und in ihrem Sinne weiter denken und fühlen. Sie fasst in Worte, was ‚in der Luft liegt‘, was also an Atmosphäre den Raum erfüllt (Langewitz 2007). Die Ärztin könnte den inhaltlichen Erzählstrang der Patientin fortsetzen und z. B. sagen:

Patientin:	„... und dann hat mein Mann noch gesagt, ich sei irgendwie dicker geworden um den Bauchrum, aber ich hatte doch gar nicht zugenommen!“ <Pause>
------------	--

Ärztin:	„... und dann haben Sie gedacht, da kann was nicht stimmen und sind zu ihrer Frauenärztin gegangen?“
Patientin:	„Ja, und die hat das dann eben ‚rausgefunden mit dem Krebs.“

Diese Überlegungen führen zum Anfang dieses Abschnitts zurück: Oberstes Ziel einer gelungenen Arzt-Patient-Kommunikation ist das Schaffen einer gemeinsamen Wirklichkeit. Diese enthält demnach nicht nur einzelne Zeichen und ihre Interpretanten, sondern ist von einer bestimmten Atmosphäre geprägt, die durch das Zusammenwirken beider Gesprächspartner wachgerufen wird. Je mehr die Patientin im Sinne einer patientenzentrierten Gesprächsführung die Möglichkeit erhält, das Gesprächsklima zu prägen, desto einfacher wird es für die Ärztin, sich in diese Atmosphäre hineinzugeben und aus ihr heraus etwas Passendes zu formulieren.

28.3.4 Evaluationsforschung in der Arzt-Patient-Kommunikation

Es gibt inzwischen viele empirische Arbeiten, die sich mit Charakteristika der Arzt-Patient-Kommunikation unter verschiedensten Bedingungen auseinandersetzen. Eine europäische Fachgesellschaft (*European Association for Communication in Health Care*, EACH: www.each.eu) koordiniert entsprechende Anstrengungen in den europäischen Ländern. Diese Arbeiten haben die verbalen und nonverbalen Elemente identifiziert, die mit gelungener und weniger erfolgreicher Kommunikation zusammenhängen (Übersichten zum verbalen Verhalten bei Boon und Stewart 1998; Zandbelt et al. 2005, 2006, 2007; zum nonverbalen Verhalten siehe Roter et al. 2006). In verschiedenen Arbeitsgruppen wird versucht, die komplexen Interaktionsmuster mimischer, gestischer und verbaler Ausdrucksformen mit subtilen Verfahren zu entschlüsseln (z. B. Beach et al. 2005; Morse et al. 2003).

Sie stehen in der Tradition eines Forschungsparadigmas, mit dem ein komplexes Geschehen in immer kleinere Einheiten zergliedert wird, die dann unter möglichst standardisierbaren isolierten Bedingungen genau untersucht werden können. Was unberücksichtigt bleibt, ist das Atmosphärische einer Begegnung zwischen zwei Individuen (Langewitz 2007). Damit ist im Bereich der Arzt-Patient-Kommunikation z. B. das Spüren von unausgesprochenem Einverständnis oder nur schwer überbrückbarer Dissonanz angesprochen, das aus dem All-

tagserleben sehr wohl vertraut ist und wahrscheinlich dem Begriff der gelungenen oder der verfehlten Passung entspricht, wie er von Uexküll und Wesiack in > Kapitel 1 angeführt wird. Ein solcher Moment der gelungenen Passung ist z. B. erreicht, wenn ein Patient sich plötzlich verstanden fühlt und sich mit einem Seufzer der Erleichterung zurücklehnt. Oft ist schwer nachzuvollziehen, was genau in diesem Moment passiert ist; es scheint ein gespürtes Einverständnis zu entstehen, das mit einem Abfall von innerer Spannung verknüpft ist. Die bisher publizierte empirische Literatur ist weiter dadurch charakterisiert, dass sie fast ausschließlich Expertenmeinung wiedergibt; Patienten kommen selten zu Wort. Bisher wurde nur ein Evaluationsinstrument professioneller Kommunikation mit Patienten gemeinsam entwickelt: die Liverpool-Version der *Maastricht History and Advice Checklist* (Enzer et al. 2003). In dieser Arbeit zeigt sich, dass Patienten die Qualität eines Gesprächs weit mehr, als Experten dies annehmen, an der Bereitschaft des Arztes festmachen, sein Vorgehen jeweils explizit zu erläutern, also in unserer Terminologie: zu strukturieren. Dies umfasst die Ankündigung von Themenwechseln, Zusammenfassungen des schrittweise erarbeiteten Materials durch den Arzt und den expliziten Wechsel auf die Phase der Entscheidungsfindung.

28.3.5 Anamneseschema und Gesprächstechniken

Dieses 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, wenn sie die Diagnostik oder die Notfalltherapie beeinflussen könnten (z. B. Allergien, Unverträglichkeiten, aktuelle Medikation).

Jetziges Leiden

Angaben in diesem Abschnitt beantworten die Frage:

Warum kommt dieser Patient jetzt zum Arzt/ins Spital?

Wenn das Problem nicht unmittelbar ersichtlich ist (z. B. Luftnot, blutende Wunde, Frakturzeichen):

Freiraum schaffen für den Patienten:

- Gesprächstechniken einsetzen, die dem Patienten den Raum verschaffen, seine Probleme ausreichend deutlich darzustellen: *Warten, Wiederholen*
- Mit *Spiegeln und Zusammenfassen, Benennen von Emotionen* dem Patienten zeigen bzw. sicherstellen, dass seine Ausführungen gehört und korrekt verstanden werden.

Während der Patient spricht, stellen sich zwei Aufgaben:

1. einen ersten Eindruck vom Patienten zu bekommen und
2. in seinen Aussagen ein Muster zu entdecken.

Wenn der Patient das Rederecht an die Ärztin übergibt und sie weiß, worum es geht, wenn sie ein Muster in den Angaben des

Patienten entdeckt hat und eine Arbeitshypothese formulieren kann:

Ärztin bringt ihre Sichtweise ein:

- Übernahme der Gesprächsführung ankündigen (*Struktur*)
- Ggf. *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 mal 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 Patientin in ihrem bisherigen Leben jemals krank? Wurde sie jemals operiert? Wie hat sie bestimmte Lebensabschnitte (Kindheit, Adoleszenz, Schwangerschaften, Geburten etc.) bewältigt?

- Je nach Interesse der Ärztin und verfügbarem Zeitrahmen wird die leere Bühne wieder zur Verfügung gestellt mit patientenzentrierter Kommunikation, oder die Ärztin bleibt auf der Bühne präsent und führt die Patientin 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 etc.) Besonderheiten auftreten? Gibt es andere Symptome, die nicht spontan erwähnt wurden?

- Normalerweise der Abschnitt der Anamnese, in dem der Arzt eine Serie von *geschlossenen oder fokussierenden Fragen* stellt (s. Listen auf den typischen Anamneseschemata; hier auch Fragen nach aktuellen Medikamenten und Allergien).

Familienanamnese

Angaben in diesem Abschnitt beantworten die Fragen:

Gibt es ähnliche Krankheitsbilder in der Familie der Patientin? Gibt es andere Erkrankungen mit Vererbungstendenz in

ihrer Familie (z. B. Hochdruck, Depression, Typ-II-Diabetes, bestimmte Tumorerkrankungen)?

- In diesem Abschnitt ist *Strukturieren* wichtig; der Patient sollte wissen, warum der Arzt sich für die Familiengeschichte interessiert und wie detailliert er informiert werden möchte
- Überwiegend *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?

- Wenn es keine spezifischen Hinweise z. B. auf berufsbedingte Erkrankungen gibt (z. B. Kontaktallergien, Schlafstörungen bei Schichtarbeit), Bühne 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 *Systemanamnese* wird deutlich, dass die einzelnen Fächer unterschiedlich genaue Angaben zu einzelnen Organ- oder funktionellen Systemen fordern (Menarche, Regelanamnese, Art der Geburten, Menopause etc. in der Gynäkologie).

Für einzelne Krankheitsbilder gibt es spezielle Fragen, mit denen in der *Speziellen Anamnese* der Schweregrad einer Erkrankung eingeschätzt wird (schmerzfrequente Gehstrecke, PAVK²), Leistungsfähigkeit (NYHA³), Müdigkeit und Schlafbedürfnis (CFS⁴) etc.)

Grundlagen der Informationsvermittlung

Die Vermittlung von Informationen ist ein rekursiver Prozess aus

- Information geben,
- Verständnis überprüfen,
- ggf. noch mal erklären,
- Verständnis überprüfen,
- weitere Informationen geben.

Umgehen mit Emotionen

Eine Krankheits- (und Lebens-) Geschichte enthält manchmal problematisches Material, das traurig oder ärgerlich macht. Dann Emotionen mit NURSE aufgreifen und nicht ignorieren.

Zeitnot

Zeitgrenzen sind allgemein akzeptiert. Zeitnot lässt sich vermeiden durch initiales Benennen der Zeitgrenzen. Wenn Zeitnot entsteht, offen ansprechen und *Procedere* klären.

Notizen

Zur Dokumentation und aus Zeitgründen meist unvermeidbar. So viel Blickkontakt wie möglich.

Kontrolluntersuchungen

Nicht jedes Mal eine vollständige Anamnese erheben, sondern Angaben des Patienten gemäß SOAP protokollieren:

- Subjektive Angaben
- Objektive Befunde
- Analyse des Gesagten
- Procedere*

28.4 Das Gespräch bei der Visite

Heidemarie Weber

28.4.1 Einleitung

Eine aktuelle Literaturrecherche mit den Stichwörtern *ward round, ward round internal medicine*⁵ ergab einen erstaunlichen Befund: In den letzten 20 Jahren sind außer in einer eigenen Arbeit (Weber et al. 2007) keine empirischen Daten veröffentlicht worden. Dies ist bedauerlich, weil vor allem in der nichtpsychotherapeutischen stationären Behandlung von Patienten und Patientinnen die Stationsvisite oft der einzige Ort ist, an dem die verschiedenen Berufsgruppen in Gegenwart des Patienten zusammenkommen. Nur dann, eben auch in Anwesenheit des Patienten, besteht die Möglichkeit, eine gemeinsame Realität zu schaffen, aufgrund derer weitere diagnostische oder therapeutische Schritte vereinbart werden.

Das folgende Beispiel aus unserer Basler Studie zur Visite in der Inneren Medizin wurde ausgewählt, weil es von der Patientin im Rahmen eines längeren Gesprächs zu ihrem Erleben des stationären Aufenthalts als besonders gut herausgehoben wurde. Es soll hier bewusst kein Lehrbeispiel einer gelungenen Visitenführung dargestellt werden, sondern es sollen vor allem die Perspektive der Patientin und die Interaktionsmuster zwischen den mitwirkenden Akteuren Beachtung finden.

² Periphere arterielle Verschlusskrankheit

³ New York Heart Association

⁴ Chronic Fatigue Syndrome

⁵ Recherchesystematik: Zeitraum 2009 bis 1989, genutzte Suchmaschinen: Google Scholar, ScienceDirect und Medline (Pubmed), Juli 2009