

15 Ärztliche Gesprächsführung

Wolf Langewitz, Kurt Laederach, Claus Buddeberg

Ein typisches Charakteristikum alltäglicher Gespräche ist ihre Ausgeglichenheit in Bezug auf die Themen, die angesprochen werden und die Selbstaussagen, die wir in solchen Gesprächen machen und entgegen nehmen. Mit anderen Worten: wenn mein Gegenüber von seiner Arbeitssituation und seinem letzten Urlaub erzählt, werde ich am ehesten auch mit Inhalten aus diesen Bereichen antworten und nicht eine sehr private Mitteilung zum momentanen Stand meiner Partnerschaft einbringen. Diese Reziprozitätsannahme (wenn A ein bestimmtes Thema mit einer bestimmten Intimität anspricht, hat er Grund zu der Annahme, dass B zum ähnlichen Thema mit ähnlicher Intimität antworten wird) ist im Arzt-Patient-Verhältnis prinzipiell nicht gegeben. Vom Patienten wird erwartet, dass er im Grunde genommen in allen Themenbereichen Rede und Antwort steht und dass er dies aufrichtig und mit einem hohen Grad an Offenheit tut, während die Ärztin Aussagen zu ihrer persönlichen Situation in der Regel strikt vermeidet. Neben diesem Kriterium gibt es andere spezielle Eigenschaften der Arzt-Patient-Beziehung, die in den Kapiteln X und Y beschrieben werden.

In diesem Kapitel werden zunächst die Grundelemente vorgestellt, mit denen die meisten Gesprächssituationen erfolgreich gestaltet werden können. Sie werden nicht in jedem Gespräch gleichermassen sinnvoll eingesetzt werden. Unterschiedliche Situationen erfordern eine unterschiedliche Mischung der verschiedenen Gesprächstechniken. Diese besonderen Gesprächssituationen und ihre spezifischen kommunikativen Anforderungen werden in einem zweiten Abschnitt behandelt. In einem dritten Abschnitt geht es um die Frage: was ist eigentlich ein gutes Gespräch und wie kann man es messen. In einem vierten Abschnitt wird die körperliche Untersuchung behandelt und in einem fünften Abschnitt geht es um die Frage Kommunikationsfähigkeiten und innere Haltung.

15.1 Die Patientin als terra incognita

Ärztliche Gesprächsführung hat ganz wesentliche technische Elemente. Dies bedeutet, sie ist lernbar und in ihrer Qualität messbar. Für einige der vorgestellten Techniken gibt es empirische Arbeiten, die belegen, dass bestimmte Gesprächstechniken mit wesentlichen Ergebnisvariablen der medizinischen Versorgung verknüpft sind (s. Smith: Patient-centered Interview, 2002). Es lässt sich allerdings sehr viel grundsätzlicher argumentieren, dass eine wissenschaftliche Haltung, wie sie in den vorklinischen Fächern vermittelt werden soll, eigentlich auch eine ganz spezifische Gesprächsführung impliziert. In den präklinischen Fächern wird vermittelt, möglichst ohne Voreingenommenheit strikt beobachtend und unter gut kontrollierbaren Rahmenbedingungen zu protokollieren, was geschieht. Wesentliche neue Erkenntnisse sind in der Wissenschaftsgeschichte immer wieder dadurch zustande gekommen, dass Forschende „Artefakte“ nicht als Störungen diskreditiert, sondern als möglicherweise relevante Phänomene ernst genommen wurden.

Die meisten Arzt-Patient-Gespräche belegen, dass genau diese abwartende Haltung, die zunächst einmal entgegennimmt, was an Material zutage tritt und die erst in einem zweiten Schritt versucht, die Beobachtungen zu einer Hypothese zusammenzufügen, verraten wird! In dieser Aussage steckt allerdings eine wesentliche Prämisse: jedes Gespräch mit einem neuen Patienten wird einem eigentlichen Experiment oder aber einer Forschungsreise in eine Terra incognita gleichgesetzt. Diese Metapher erklärt vielleicht am ehesten, worum es hier geht: je länger die Forschende Beobachtungen/Daten sammelt, umso grösser der Reichtum des Materials, das sie mit nach Hause bringen wird, umso besser die Chance, eine umfassende Sicht auf Flora und Fauna der neu entdeckten Insel zu erhalten und umso geringer das Risiko, bei vorschnellen Schlüssen stecken zu bleiben. Es ist in diesem Sinne unwissenschaftlich, den Patienten nach 18 oder 22 Sek. zu unterbrechen, um nach dem zu fragen, was einen selber als Arzt oder als Ärztin eigentlich interessiert. Man stelle sich vor, Ethnologen hätten nach 25 Sek. Gesangsdarbietung anlässlich des Todes eines Menschen auf dem XY-Atoll das Tonband abgestellt und gefragt: „Singen Sie auch eher in Moll-Harmonien, wenn es um traurige Inhalte geht?“.

In dieser Frage steckt zunächst die Annahme, das XY-Volk benutze Dreiklang-basierte Harmonien, bei denen man Dur und Moll unterscheiden könne. Viel weitreichender allerdings ist die womöglich falsche Annahme, dass beim XY-Volk der Tod eines Menschen mit Trauer verknüpft sei – warum aufgrund der Philosophie dieses Volkes nicht mit einer Abnahme von Spannung, mit Freude und Erleichterung?

Während das unbekannte Land sich ohne Dazutun des Forschenden in einer bestimmten Art und Weise verhält, ist der Patient auf hilfreiches Entgegenkommen eines Gegenübers angewiesen. Dieses professionelle Gegenüber muss Bedingungen schaffen, um möglichst viel von der Terra incognita, dem unbekanntem Patienten gegenüber kennen zu lernen.

Eigentlich ist erstaunlich, wie wenig der Wissenschaftsbegriff, der an den Universitäten vermittelt wird, im Bereich der Arzt-Patient-Kommunikation Anwendung findet. Dies ist möglicherweise das Resultat der spezifischen Lehr- und Lernsituation im universitären Umfeld, das offenkundig zu der Annahme verleitet, man habe den Patienten bereits nach wenigen Äusserungen im Griff und könne dann mit gezielten Fragen zum Kern der Problematik vorstossen. Diese Annahme, die den Patienten nicht als terra incognita, sondern nach 20 – 30 Sek. als gezielt zu befragendes Objekt ausweist (Marvin, 2001), liegt meines Erachtens in der spezifischen Situation der Universitäten begründet, die wie folgt zu beschreiben ist:

- Studenten lernen an der Universität Patienten kennen, die mit diversen Vorbefunden ausgestattet sind. In der Regel wird eine Restkategorie abgeklärt (~ „gibt es in diesem Land unterirdische Vulkane?“)
- An den Universitäten interessiert nur ein Teil der Patientengeschichte, nämlich der, der während einer im Schnitt zehntägigen Verweildauer relevant ist. Die langfristige Compliance, das zeitaufwendige und geduldige Arbeiten am Gesundheitsverhalten von Patienten sind im praktischen Alltag der Universitäten unerheblich, um so mehr allerdings in der Praxis des Niedergelassenen. Dieser ist allerdings in den üblichen Curricula unzureichend vertreten.
- In der Ausbildung ist zudem das Erstgespräch extrem überrepräsentiert; Studenten haben selten Gelegenheit, die gleiche Patientin über eine längere Zeit hinweg zu begleiten. Dies kontrastiert mit dem medizinischen Alltag: hier überwiegen bei weitem Wiederholungskonsultationen.

Die immer wieder berichtete niedrige Compliance bei chronischer Medikamenteneinnahme (siehe Kapitel XY) belegt, in welchem Ausmass eben auch Patienten „unbekannte Wesen“ sind, die – meist im Verborgenen – ganz unerwartete Dinge tun, bzw. die erwarteten Dinge unterlassen.

Aus der Metapher der Terra incognita folgt, dass ein ärztliches Gespräch einen Teil enthalten muss, in dem die Patientin sich als unbekanntes Wesen präsentieren kann, ohne bereits initial auf diejenigen Merkmale reduziert zu werden, die die Ärztin in ihr wahrnimmt. *Dies ist der Patienten-zentrierte Teil des Gesprächs.*

Im folgenden Abschnitt werden die Gesprächstechniken besprochen, mit denen die Ärztin der Patientin ermöglicht, sich selbst einzubringen, also zu definieren, worüber sie sprechen möchte, was es für sie bedeutet und welche Erwartungen sie an die Ärztin hat.

15.2 Konkrete Gesprächstechniken

15.2.1 Begrüssung

Die Begrüssung erfüllt einen doppelten Zweck. Der Patient sollte zum einen orientiert werden und zum anderen eingestimmt auf eine freundliche und zugewandte Gesprächsführung des Arztes.

Zur Orientierung gehören folgende Punkte:

- Name und Funktion des Gesprächsführenden werden benannt
- Studierende sollten klar machen, welchen Status sie einnehmen

Studentin: „Guten Tag, Frau XY, mein Name ist Annegret Bernhard.“

“Pause, ggf. erwidert die Patientin den Gruss.“

Studentin: „Ich studiere Medizin im dritten Jahr. Wir machen gerade einen Kurs in Frauenheilkunde, und deswegen würde ich gerne von Ihnen wissen, weswegen Sie gekommen sind (...und wie es Ihnen jetzt geht).“

Eine Studentin im fünften Jahr könnte ihre Funktion so beschreiben:

Studentin: „... im fünften Jahr. Ich werde bei Ihnen die Aufnahmeuntersuchung machen und nachher die Befunde mit dem Stationsarzt besprechen.“

15.2.1.1 Typische Patientenreaktion:

Freundliches Entgegenkommen.

15.2.1.2 Untypische Patientenreaktion:

Skepsis bis Ablehnung. Dies ist kein Fehler der Studentin, sondern eher ein Versäumnis der Dozentin/des Kursverantwortlichen, die *vor dem Kurs klären sollten*, ob Patienten mit der Teilnahme am Studentenunterricht einverstanden sind oder nicht.

- Inhalt und Zweck des Gespräches sowie die voraussichtliche Dauer werden bekannt gegeben
Diese Aufgaben sind unter der Überschrift Strukturieren zusammenfassend dargestellt worden.

Zum Einstimmen gehört neben einem freundlichen Umgangston bereits in der Begrüssungsphase das Warten, damit die Patientin in dem oben zitierten Beispiel bei der Nennung des Namens etwas sagen könnte wie: „Kann es sein, dass Sie Verwandte im Thurgauischen haben?“. Sie sollte also die Gelegenheit haben, vor dem eigentlichen zweckgebundenen Gesprächsteil ein wenig social talk aufzunehmen, um sich mit dieser Studentin anzuwärmen. Typische Verhaltensweisen umfassen:

- Sorge um das Arrangement des Gesprächs
Dazu gehören Fragen wie
 - Möchten Sie im Bett liegen bleiben, oder sollen wir uns da an den Tisch setzen?
 - Kann ich mich da rüber setzen, können Sie mich dann besser sehen?
 - Ist es Ihnen so bequem, oder sollen wir das Kopfteil höher stellen?
- Klären ob das Gespräch im Krankenzimmer, also meistens mit anderen Patienten, oder besser ausserhalb durchgeführt werden sollte.

Nicht alle Patienten wissen es zu schätzen, wenn man mit ihnen alleine unter vier Augen spricht. Manche scheinen die Gegenwart der Mitpatienten im Zimmer als einen gewissen Schutz vor zu grosser Intimität zu erleben. Falls es allerdings darum geht, ein besonders heikles Thema zu besprechen oder schlechte Nachrichten zu überbringen, sollte sich die Ärztin entscheiden, ob *sie* das Gespräch lieber unter vier Augen führen möchte und dies dann dem Patienten vorschlagen.

15.2.2 WWSZ: der Patientin die Gesprächsführung übergeben

Wesentlich für den Einsatz von WWSZ als Technik, mit der *der Patientin* die Gesprächsführung übergeben wird, ist, dass die Ärztin im Anschluss keine Frage stellt! Wenn sie die Technik des Zusammenfassens benutzt, um eine Überleitung zu gestalten, also einen vorangehenden Abschnitt abzuschliessen und zu einem neuen Thema überzuleiten, wird sie im Anschluss an das Zusammenfassen eine Frage stellen, aber damit macht sie auch klar, dass sie die Gesprächsführung selber in die Hand nehmen möchte.

15.2.2.1 Warten

Nach einer Äusserung der Patientin sollte die gesprächsführende Ärztin für ca. 3 Sek. warten, ob die Patientin vielleicht von sich aus, nach einer bestimmten Denkpause, das Gespräch fortsetzen möchte. Warten ist nicht das Gleiche wie absolut nichts tun. Gar keine Reaktion, weder mimisch noch gestisch, irritiert enorm – man erinnere sich an das erschreckte Innehalten, wenn während des Telefonierens aus dem Hörer überhaupt nichts mehr kommt.

15.2.2.1.1 Typische Patientenreaktionen

Patienten setzen nach einer kurzen Pause ihren Bericht fort. Zu den typischen Reaktionen zählt auch ein gewisses Fremdeln oder Zögern, wenn die Ärztin den Rollenerwartungen nicht genügt, indem sie das Heft *eben nicht* sofort in die Hand nimmt, sondern abwartet. Patienten (und Studenten oder Ärzte im Rollenspiel) beschreiben

diesen Moment oft mit: „Na ja, wenn die nichts sagt, mach‘ ich halt selber mal weiter!“. Und damit geschieht genau das, was die Ärztin will, sie kann weiter zuhören, während der Patient ‚mehr Informationen liefert‘.

15.2.2.1.2 Untypische Patientenreaktionen

Das Abwarten der Ärztin wird nicht als Einladung verstanden, den Faden wieder aufzugreifen. Dies bedeutet, dass der Patient entweder nicht mehr weiter weiss (der Faden ist zu Ende) oder dass er erwartet, dass die Ärztin den Faden aufgreift. Es kann vorkommen, dass in dieser Situation Arzt und Patient hartnäckig schweigen, was zu einer ausgesprochen unangenehmen Interaktion führt, in der es wenig sinnvoll ist, noch mal 5 Sek. durchzuhalten.

Ganz offenkundig hat ein Patient in dieser Situation das Warten der Ärztin missverstanden: nicht als freundliche Einladung, sondern als unfreundlichen Akt. Diese Reaktion ist sehr selten und tritt meistens auf, wenn Studenten oder diese Technik entgegen der eigenen Überzeugung ausprobieren.

Ein einfacher Weg aus der Sackgasse ist der Wechsel auf die Arzt-zentrierte Gesprächsführung – der Arzt fragt, der Patient antwortet. Damit geht genau die Qualität verloren, die mit WWSZ eingebracht werden soll: der Patient als unbekanntes Wesen kann sich nicht selber darstellen. Ein besserer, aber zugegeben schwieriger Weg besteht in der Auflösung des Missverständnisses.

P: „Ich komme wegen meiner Rückenschmerzen.“

A: Nickt und wartet.

P: Schweigt.

A: „Also Rückenschmerzen... (wiederholen).“

P: Nickt und schweigt.

A: „Ja, also, ich wäre ganz froh, wenn sie ein bisschen von sich aus erzählen könnten, was los ist. Deswegen frage ich auch nicht gleich los, sondern fände es gut, wenn Sie erst mal anfangen könnten. Mögen Sie?“

15.2.2.2 Wiederholen

Die Ärztin wiederholt einzelne Worte, die die Patientin gerade benutzt hat.

P: „Ja, das mit dem Husten fing so vor fünf Wochen in Barcelona an“

Patientin schaut die Ärztin an und spricht nicht weiter.

A: „In Barcelona?“

P: „Ja, da hat es eine Woche lang geregnet, und ich glaube, ich habe mir da eine Erkältung geholt.“

15.2.2.2.1 Typische Patientenreaktionen

Die Patientin setzt ihre Geschichte fort, solange sie noch etwas hinzufügen kann.

15.2.2.2.2 Untypische Patientenreaktionen

Der sture Einsatz von Wiederholen irritiert. Dann kann es vorkommen, dass Patienten (und viel mehr noch Rollenspielpartner) ungehalten reagieren und mit z.B. „ja, sag ich doch“ klar machen, dass jetzt etwas anderes passieren sollte. Meistens wird in diesem Moment mehr Aktivität vom Arzt verlangt und er könnte zum Beispiel eine Zusammenfassung versuchen.

A: „Okay, dann fasse ich mal zusammen. (Pause). Das ganze fing vor drei Wochen an mit...“

15.2.2.3 Spiegeln

Die Ärztin spiegelt der Patientin zurück, zu welchem Thema sie sich gerade geäußert hat (Spiegeln auf das Thema) oder in welcher Stimmung sie sie gerade erlebt hat (Spiegeln auf die Emotionen).

A: „Ich habe den Eindruck, dass Sie jetzt gerade mehr über die Sorgen gesprochen haben, die Ihre Tochter sich macht, als über ihre eigenen Bedenken...?“

oder

A: „Ich finde, Sie wirken erstaunlich gelassen, wenn Sie von diesem Ereignis (dem Tod der Ehefrau) berichten.“

15.2.2.3.1 Typische Patientenreaktionen

In der Regel reagiert die Patientin auf das Spiegeln der Ärztin mit einer Erklärung, warum sie diese Gefühle hat, oder warum sie auf dieses Thema gekommen ist.

*Eine 31-jährige energische und eloquente Patientin fordert eine Gastroskopie und einen Ultraschall-Oberbauch wegen epigastrischer Schmerzen. Nach 7 Min. fragt die Ärztin im Rahmen der Familienanamnese nach Erkrankungen der Eltern und erfährt, dass der Vater vor anderthalb Jahren an einem Magenkarzinom gestorben ist. **

P: „Jahrelang hat man diese Magenschmerzen als psychosomatisch abgetan, zuviel Stress am Arbeitsplatz und so, und dann hiess es: Magenkrebs! Ja, und ein halbes Jahr später war er tot!“

A: „Uh, das ist ja eine schreckliche Geschichte.“

P: „Ja, und wissen Sie, was das Schlimmste war? Wir Kinder und schliesslich auch der Hausarzt haben immer gesagt, jetzt lass‘ dich doch mal untersuchen. Aber er wollte nicht.“

Pause, in der Ärztin und Patientin sich anschauen.

A: „Und das macht Sie immer noch wütend?“

P: „Ja. Das musste doch nicht sein, dass der stirbt. Mit 56.“

Pause

A: „Und diese Geschichte ist auch ein Grund, weswegen Sie jetzt so dringend eine Magenspiegelung wollen?“

P: „Ja.“

Streng genommen hat die Ärztin nicht einmal so sehr auf die emotionale Stimmung der Patientin reagiert, als vielmehr auf die Dramatik in der Geschichte.*

Offenkundig war zunächst nicht eindeutig spürbar, aus welcher Emotion heraus die Patientin gesprochen hat, erst im Verlauf wurde dann deutlich, dass am ehesten eine Mischung aus Wut und Trauer ihre Stimmung charakterisiert, von der die Ärztin vor allem die Wut aufgegriffen hat. Wir werden im Abschnitt „Umgang mit Emotionen“ sehen, dass auch eine nicht ganz zutreffende Rückmeldung wichtig und hilfreich ist. Fast jedes Eingehen auf die emotionale Ebene ist besser als der abrupte Wechsel auf ein anderes Thema.

* Dies ist das Beispiel einer Gesprächsführung, nachdem die Ärztin an einem Kommunikationstraining teilgenommen hat. Die Realität sieht ungefähr so aus:

P: „... und ein halbes Jahr später war er tot!“

Arzt1: „Wissen Sie zufällig, was das für ein Karzinom war?“

Arzt2: „Wann ist er denn gestorben?“

* Dass sie damit wahrscheinlich gut beraten war, zeigen Diskussionen in Studentengruppen beim Anschauen dieses Videos. An dieser Stelle werden zur Emotionalität der Patientin nämlich ganz unterschiedliche Vermutungen in den Gruppen geäußert:

Student 1: „Da hat doch der Hausarzt schlicht gepennt!“

Hier wird das Thema Schuld angesprochen, Empörung ist deutlich spürbar.

Studentin 2: „Die ist wütend.“

Studentin 3: „Ich weiss nicht, ich hatte den Eindruck, gleich heult sie los.“

15.2.2.3.2 Untypische Patientenreaktionen

Der Patient reagiert ärgerlich oder enttäuscht auf das Spiegeln von Thema oder Emotion. Diese seltene Reaktion tritt fast immer in zwei Fällen auf:

- Wenn Spiegeln nicht im Sinne eines Vorschlages, als Ausprobieren, sondern als affirmative Äußerung angeboten wird
- Wenn Spiegeln eine abwertende Äußerung enthält

A: „Sie haben jetzt sehr viele Sachen erzählt, aber noch nichts Wesentliches zu ihrem Problem.“

15.2.2.4 Zusammenfassen

Die Ärztin fasst in eigenen Worten zusammen, was sie von der Patientin gehört hat. Wesentlich ist, dass diese Zusammenfassung angekündigt wird.

A: „Ich fasse mal eben zusammen, was ich bisher von Ihnen verstanden habe“

Abwarten, bis der Patient signalisiert, dass er der Ärztin zuhört.

A: „Sie sind jetzt hier, weil Ihnen auffällt, dass Sie links unten an der Lunge Schmerzen beim Einatmen und beim Husten haben. Und Sie führen das Ganze auf eine verschleppte Erkältung oder vielleicht Bronchitis zurück, die Sie sich in Barcelona auf dem Campingplatz geholt haben. Behandelt haben Sie bisher mit Antibiotika, die Sie aber nach zwei Tagen wegen dem Durchfall abgesetzt haben.“

15.2.2.4.1 Typische Patientenreaktionen

Die typischen Reaktionen auf lege artis angekündigtes Zusammenfassen sind:

- Korrekturen:
P: „Also schlecht gefühlt, irgendwie mies, habe ich mich schon fast eine Woche lang, dann kam erst das Fieber.“
- Bestätigung und keine Fortsetzung. Die Ärztin hat alles zusammenfasst, was dem Patienten zum jetzigen Leiden wichtig war. Hier bietet sich an, dass jetzige Leiden abzuschliessen und den Wechsel auf die Systemanamnese anzukündigen (s. unten).
A: „Okay, dann weiss ich jetzt, weswegen Sie hergekommen sind. Jetzt würde Ich Sie gerne ein paar Dinge zu ihrem Gesundheitszustand im Allgemeinen Fragen, und ich bitte Sie, diese Fragen so kurz und knapp wie möglich zu beantworten“
- Bestätigung und Fortsetzung:
P: „Ja, dann habe ich vom Arzt ein Antibiotikum bekommen und erstmal Durchfall gekriegt. Ich habe das dann sein gelassen mit den Pillen...“

Eine andere ‚typische‘ Reaktion ist das Dazwischenreden des Patienten. Es tritt fast immer dann auf, wenn das Zusammenfassen nicht explizit angekündigt wurde.

A: „... und dann bekamen Sie Fieber?“

P: „Ja abends, ganz plötzlich, bis 38,8°.“

A: „... und am nächsten Morgen ging das mit dem Husten los?“

P: „Ja, aber wie! Bloss kam nichts raus.“

15.2.2.4.2 Untypische Patientenreaktionen

Für das Zusammenfassen gilt etwas Ähnliches wie für das Wiederholen: irgendwann mal ist genug. Zuviel des Guten sorgt für Irritation.

Wenn dies im Arzt-Patient-Gespräch geschieht, hat die Ärztin nicht bemerkt, dass die Patientin alles gesagt hat, was ihr im Moment einfällt. Sie möchte, dass die Ärztin die Fäden aufgreift und ordnet, dass sie jetzt aus *ihrer Sicht* mit dem Problem umgeht.

Patienten signalisieren ihren Wunsch nach Übergabe der Gesprächsführung häufig direkt mit Äusserungen wie „Tja, das war’s“ oder „und deswegen bin ich jetzt hier“. Dies geschieht im Schnitt nach 90 Sek. in einem Erstgespräch (Langewitz et al., 2002). In diesen Fällen geht es darum, diese Schlussakkorde nicht zu ignorieren, sondern sie zu beachten und den Patienten-zentrierten Teil zumindest für den Moment zu beenden. Es gibt allerdings Gespräche, in denen sich – wie beim Hören einer klassischen Symphonie – nur ein diffuses Schlussgefühl einstellt, eine innerer Gewissheit, dass der Satz der Symphonie oder eben der Patienten-zentrierte Teil des Gespräches gleich zu Ende sein wird.

Man kann, wenn man sich nicht sicher ist, was für eine Atmosphäre entsteht, mit einem Spiegeln den eigenen Eindruck zurückmelden und zum Beispiel sagen:

A: „Ich habe den Eindruck, Sie haben jetzt so ziemlich alles gesagt, was Ihnen einfällt.“

Pause. Patient nickt.

A: „Gut, dann fange ich mal an, meine Fragen zu stellen...“

15.2.3 Gesprächsrahmen festlegen

15.2.3.1 Strukturieren

Dem Patienten mit Hilfe von WWSZ die Gesprächsführung übergeben, kann nicht heissen, selber definitiv das Heft aus der Hand zu geben. Arzt-Patient-Gespräche finden nicht im luftleeren Raum statt, sondern innerhalb der Grenzen des Gesundheitssystems. Kein Arzt hat unendlich viel Zeit – auch und gerade die psychotherapeutische tätige Ärztin hält einen rigiden Zeittakt ein, auf den sich ihre Patienten einstellen müssen. Gleiches gilt für bestimmte Arbeitsbedingungen.

Diese Rahmenbedingungen sollten Patienten am Anfang des Gespräches mitgeteilt werden. Wenn dies möglich ist, kann ein weiterer, ggf. längerer Termin angeboten werden. Es gilt:

- Offenlegung der Zeitgrenzen

A: „Guten Tag Frau B., ich habe mir für das Gespräch heute 20 Min. eingetragen. Wenn die Zeit nicht reicht und wir nicht durchkommen mit dem, was wir besprechen wollen, können wir gerne einen weiteren Termin in der nächsten Woche verabreden.“

- Ankündigen von äusseren Einflüssen auf die Gesprächssituation

A: „Ich bin im Bereitschaftsdienst heute Vormittag. Das könnte heissen, dass manchmal der Piepser geht und dass ich dann ans Telefon muss. Meistens kann ich das klären, aber im schlimmsten Fall müssen Sie auch 5. Min. alleine hier sitzen bleiben und warten. Das tut mir leid, aber ich kann es heute nicht ändern.“

15.2.3.1.1 Typische Patientenreaktion:

Die Ankündigungen werden schlicht zur Kenntnis genommen.

15.2.3.1.2 Untypische Patientenreaktion:

In Rollenspielen gibt es immer wieder skeptische Äusserungen, vor allem zum Benennen von Zeitgrenzen. Tatsächlich kann man einen Satz wie „wir haben heute 10 Min. Zeit für das Gespräch“ in einem solchen Tonfall und mit dermassen abweisender Mimik vorbringen, dass er wie eine Guillotine den sich gerade entwickelnden Erzählfaden kappt – aber das muss nicht sein! Angesichts der unstrittigen Tatsache, dass kein Arzt und kein Student unendlich viel Zeit hat für ein Gespräch, sollte jeder Patient die Möglichkeit haben, sich zu überlegen, welche Themen er von sich aus, mit welcher Ausführlichkeit ansprechen möchte. Es soll ihm erspart bleiben, aus indirekten Anzeichen darauf schliessen zu müssen, dass seine Zeit eigentlich abgelaufen ist.

15.2.3.2 Gesprächsthemen definieren

In Notfallsituationen wie heftiger Schmerz, Atemnot, blutende Wunde, Fraktur, etc. drängt sich der Konsultationsgrund auf. Arzt und Patient wissen sofort, weswegen die Konsultation stattfindet, und meistens besteht auch eine weitreichende Übereinstimmung hinsichtlich der unmittelbar durchzuführenden Massnahmen.

Notfallmedizin ist allerdings kaum die Regel, sondern die Ausnahme in der medizinischen Versorgung. Das Gros der Patienten kommt mit mehreren Anliegen in die Konsultation, oft hat auch die Ärztin ganz konkrete Punkte, die sie ansprechen oder vermitteln will. Dies gilt insbesondere für wiederholte Konsultationen in der Hausarztmedizin. Von daher ist es fast immer sinnvoll

- die wechselseitige Agenda am Anfang des Gespräches abzuklären

A: „Guten Tag Frau Luginbühl.“

P: „Guten Tag, Frau Schalch.“

A: „Ich würde gerne erstmal besprechen, was auf Ihrer Liste steht und was *ich* mit Ihnen ansprechen möchte. Vielleicht schaffen wir heute nicht alles, weil ich nur 20 Min. Zeit für den Termin eingetragen habe. Wenn es nicht reicht, machen wir in der nächsten Woche nochmals etwas ab.“

P: „Ja, Sie wollten nachschauen, ob es diese Schmerztabletten noch gibt, die mir immer so gut getan haben und dann hätte ich da so eine Stelle am rechten Zeh, die ist rot und tut weh. Vielleicht habe ich mir was reingetreten?“

A: „Also, von Ihnen gibt es zwei Sachen: die Schmerztabletten und der Zeh. Von mir gibt es einen Punkt: wie sind Ihnen die neuen Wassertabletten bekommen? Könnten wir damit vielleicht anfangen?“

Patientin: nickt.

A: „Haben Sie es eigentlich geschafft, die XY® regelmässig zu nehmen?“

P: „Ja.“

A: „Wie sind Sie Ihnen bekommen?“

15.2.3.2.1 Typische Patientenreaktion:

Manchen Patienten fällt es schwer, eigene Punkte für die Agenda zu benennen; sie kommen schlecht „sortiert“ zur Konsultation. Die Literatur zeigt eindeutig, dass Patienten zufriedener sind, wenn sie ihre Agenda vollständig einbringen können. Klares Strukturieren am Anfang erspart das berüchtigte Nachladen im letzten Moment, mit der Türklinke in der Hand („oh ja, was ich fast vergessen hätte, wie wäre das eigentlich mal mit einer Kur?“). Von daher lohnt es sich immer, dem Patienten dabei zu helfen, seine Agenda zu klären.

Eine nahe liegende Versuchung besteht für die Ärztin darin, ein während der Konsultation auftauchendes neues Thema sofort zu beantworten und eine damit initial vereinbarte Agenda „zu verraten“. Viel sinnvoller ist es darauf hinzuweisen, dass gerade eben ein neues Thema aufgetaucht ist, bei dem beide sich einigen müssen, ob es noch auf die Agenda für den heutigen Tag passt oder nicht.

15.2.3.2.2 Untypische Patientenreaktion:

Es kann vorkommen, dass Patienten in Angesicht des Arztes, vor allem in Visitsituationen, nicht mehr wissen, was sie besprechen wollten. In diesem Fall ist es sinnvoll, wenn zum Beispiel Pflegende oder die Praxisassistenten oder auch Studierende, die auf einer Station arbeiten, dem Patienten helfen, sich Stichpunkte zu notieren. Sie könnten sich auch das Mandat übertragen lassen, die Agenda des Patienten auf der Visite vorzubringen („soll ich Sie auf der Visite daran erinnern, wenn Sie vergessen, nach der Hauspflege zu fragen?“).

15.2.3.3 Übergänge gestalten

Eine typische Anamnese lässt sich in mehrere Abschnitte gliedern, die nicht nur durch die Thematik, sondern auch durch einen bestimmten Kommunikationsstil charakterisiert sind. Nachgerade klassische Probleme entstehen, wenn beim Wechsel vom jetzigen Leiden (Patienten-zentriert; WWSZ) auf die Systemanamnese (Gesprächsführung beim Arzt) kein explizit angekündigter Wechsel stattfindet. Die erste Frage nach der Verdauung

wird dann ggf. ebenso episch beantwortet wie die initiale offene Frage nach dem Grund für die Konsultation. Daher gilt:

- Übergänge im Thema und
- Übergänge im Gesprächsstil werden explizit angekündigt

A: „Ich glaube, ich habe jetzt verstanden, weswegen Sie heute gekommen sind (ggf. angekündigte Zusammenfassung). Jetzt würde ich Ihnen gerne ein paar Fragen zu Ihrer Gesundheit im Allgemeinen stellen, um das Bild abzurunden. Bitte beantworten Sie meine Fragen möglichst knapp und kurz. Okay?“

P: Nickt.

A: „Wie ist Ihre Verdauung?...“

15.2.3.3.1 Typische Patientenreaktion:

Keine.

Fast immer wird die Übernahme der Gesprächsführung durch die Ärztin akzeptiert, manchmal womöglich erleichtert begrüßt, weil der initiale Patienten-zentrierte Gesprächsteil vom Patienten einiges an Denkarbeit fordert.

15.2.3.3.2 Untypische Patientenreaktion:

Keine.

Bisher hat das Gestalten der Übergänge am ehesten Ärzten und Studenten im Rollenspiel Mühe gemacht: das sei doch mühsam und beim zweiten Mal peinlich, sich immer so erklären zu müssen. Diese Scheu vor einer eigentlichen Metakommunikation (Kommunikation über Kommunikation) ist mit Patientenrückmeldungen nicht zu begründen – ganz im Gegenteil: Strukturieren und das Gestalten von Übergängen korreliert hoch mit Patientenzufriedenheit (Langewitz et al., 1998). Manchmal entsteht eher der Eindruck, dass Studenten und Assistenten sich genieren, das Arzt-Patient-Gespräch wirklich souverän zu gestalten, also im eigentlichen Sinn professionell zu kommunizieren. Ausserdem zwingt einen das explizite Gestalten von Übergängen zu Klarheit im eigenen Denken: bei welchem Thema bin ich jetzt? Was kommt als nächstes? etc.

15.2.4 Aufnehmen von Emotionen

Wir haben alle im Laufe unserer beruflichen Sozialisation erlebt, dass das bestürzte Gesicht oder das Weinen einer Patientin mit dem Abwenden des Visiten-führenden Arztes, Kontaktaufnahme zur Pflegenden und dem Satz: „aber das Essen schmeckt ihr doch?“ mehr abgewimmelt als beantwortet wurde.

In diesem Abschnitt geht es um Alternativen zu diesem Verhalten – Emotionen sollen nicht überspielt oder vor-schnell mit Tröstungen bedacht, sondern *angemessen* aufgegriffen werden. Über das, was angemessen ist, gehen die Meinungen auseinander. Die unterschiedlichen Haltungen lassen sich vielleicht am ehesten an einem Beispiel erläutern:

P: „Also, was ist heraus gekommen gestern bei diesem Röntgen der Lungen, war das nicht in Ordnung?“

A: „Ja, leider war das so. Der Tumor hat doch schon auf die Lungen übergegriffen, und wir haben dort gestern zwei Metastasen gesehen, also Absiedelungen.“

Pause. ...

Patientin wendet den Blick ab, wirkt sehr nachdenklich und bedrückt; nach ca. 15 Sek. nimmt sie wieder Blickkontakt auf, zuckt die Schultern und sagt:

P: „Ja nun, was machen wir jetzt?“

A 1: „Frau B., ich kann mir vorstellen, dass Sie sehr erschrocken sind über diese Mitteilung...“

A 2: Wartet noch ca. 5 Sek. „Sollen wir jetzt erst mal über das weitere Vorgehen sprechen?“

P: „Ja, kann man denn noch was machen?“

Arzt 2 erläutert die therapeutischen Optionen.

Was unterscheidet die beiden Modelle? Arzt 1 greift die emotionale Betroffenheit der Patientin auf, die sich nonverbal ausgedrückt hatte, Arzt 2 reagiert auf das Schulterzucken, das nach einer Latenz von ca. 15 Sek. zu beobachten war.

Arzt 1 folgt der Regel, dass der Aufbau einer vertrauensvollen Beziehung mit der Fähigkeit der Ärztin zusammenhängt, Emotionen aufzugreifen.

Arzt 2 befolgt die Regel, dass *der Patient* darüber entscheiden soll, ob er in dieser Situation, mit diesem Gegenüber und bei diesem Thema emotionale Dinge besprechen möchte.

Womöglich findet beim Patienten in der Phase des nach innen gekehrten Blicks ein innerer Entscheidungsprozess statt, als dessen Resultat er entweder ein emotionales Thema anbietet oder auf die pragmatische Ebene wechselt. In dieser Situation würden wir empfehlen, die pragmatische Ebene anzunehmen und nicht auf die emotionale Ebene zurückzuspringen. Wesentlich an diesem Beispiel ist die 15 Sek. lang anhaltende Pause, in der der Patient „bei sich bleibt“ und damit einen inneren Entscheidungsprozess andeutet. Ohne diese Phase sollte man die Äusserungen behandeln wie eine typische "doppelte Botschaft": auf einer Sachinformation schwimmt eine emotionale Äusserung oder umgekehrt.

P: „Das ist ja unglaublich, dass man hier so lange warten muss! Gibt es eigentlich Pfefferminztee?“

A: „Ich kann verstehen, dass Ihnen das Warten auf die Nerven geht.“ (Spiegeln der Emotion)

Pause.

Patientin entscheidet sich für die emotionale Ebene, um dem Ärger weiter Ausdruck zu verleihen oder wechselt auf das Teethema.

Diese Intervention folgt dem Grundsatz, bei *gemischten Botschaften mit emotionalem Inhalt* hat die emotionale Ebene Vorrang.

15.2.4.1 Umgang mit offen geäußerten Emotionen

Im folgenden Abschnitt wird zunächst der Umgang mit offen geäußerten Emotionen erläutert. Offen bezieht sich entweder auf eindeutige Aussagen (ich habe Angst... ich bin schon enttäuscht, dass...) oder auf eindeutige nonverbale Zeichen wie Weinen, Sich-Abwenden, hohe Anspannung, unruhige Motorik etc.

Für die einzelnen Kommunikationstechniken hat sich im Amerikanischen das Akronym NURS eingebürgert: Naming, Understanding, Respecting, Supporting. Entsprechend gilt für einzelne Kommunikationstechniken bei offen benannten Emotionen

- Emotionen benennen
- Wenn möglich, Verständnis zeigen
- Anerkennen
- Respekt für die Anstrengungen und Mühen der Patientin äussern
- Unterstützung anbieten

Diese einzelnen Punkte sind nicht im Sinne einer Sequenz abzuarbeiten. Oft werden z. B. die ersten beiden Punkte gleichzeitig angesprochen.

Patientin der Hämatologischen Ambulanz bei einer Kontrolluntersuchung

P: „Ach, wie soll's mir gehen. Ich habe jedes Mal Angst, wenn ich zur Kontrolle kommen muss;... dass sie wieder was finden im Blut.“

A: „Ja, das kann ich gut verstehen, dass Sie sich Sorgen machen.“

Oder auch nur:

A: „Das kann ich gut verstehen!“,

... weil die Angst der Patientin für beide Gesprächspartner als gegenwärtiges Phänomen unmittelbar spürbar ist.

Manchmal fällt es schwer, eine *Emotion* wirklich zu *verstehen*. Dann sollte man es lassen und sich auf das Benennen beschränken. Die folgenden Beispiele verdeutlichen, wie in verschiedenen Situationen in unterschiedlichem Ausmass *Verständnis und Respekt* geäussert werden können.

Im oben zitierten Beispiel der Patientin in der Hämatologischen Ambulanz fällt es der Ärztin sehr leicht, ihr Verständnis zu zeigen. Bei der Ehefrau eines Alkoholikers, die zum dritten Mal mit einem blauen Auge und multiplen Hämatomen innerhalb von sechs Monaten in die Poliklinik kommt, wird das womöglich schon etwas schwerer fallen:

P: „Gestern hat er gesagt, jetzt ist Schluss mit Saufen, und jetzt das. Ich bin ja so verzweifelt!“

A: „Ja, das sehe ich, dass es Ihnen nicht gut geht.“

Noch ein wenig schwieriger ist es bei der Erstklasspatientin, die um 23.15 Uhr und bei Hochbetrieb auf der Notfallstation die vorbei eilende Ärztin mit unwirschem Tonfall anspricht:

P: „Langsam reicht’s mir aber, ich warte schon seit 20 Min.!“

A: „Tut mir leid, ich kann nicht.“

Ein typisches Beispiel für Respekt, das *Äussern von Anerkennung*, findet sich in einem Dialog mit einer Patientin, die vor einem halben Jahr ihren Mann verloren hat. Während sie von diesem Verlust spricht, ist sie traurig und weint. Schliesslich erzählt sie, dass sie sich vor zwei Wochen zu einem Sprachkurs bei der Migros angemeldet hat und plant, mit einer Freundin im Herbst nach Andalusien zu fahren.

P: „...mal schauen, ob ich das Spanisch von der Migros dann auch gebrauchen kann.“

A: „Das ist sicher eine schwierige Zeit für Sie. Aber ich finde es toll, dass Sie wieder etwas unternehmen und noch eine neue Sprache lernen.“

Der letzte Punkt, *Unterstützung anbieten*, hängt sehr vom konkreten Patienten ab, mit dem man sich im Gespräch befindet und auch von der eigenen aktuellen Verfassung. Im folgenden Beispiel war es dem Stationsarzt möglich, sich auf die Verzweiflung des Patienten einzulassen und er konnte sich tatsächlich vorstellen, ihm und seiner Familie auf irgendeine Art und Weise hilfreich zur Seite zu stehen. Der Patient, 56-jährig, hatte am Vortag vom Operateur erfahren, dass er an einem metastasierenden Prostatakarzinom leidet, man hatte den abdominalen Eingriff nach dem Auffinden befallener Lymphknoten abgebrochen und nicht – wie geplant – eine Prostatektomie durchgeführt. Der Patient ist verzweifelt und weint, der Stationsarzt geht nach der Visite noch einmal zu ihm.

P: „... wie soll das werden, ich bin gerade zum Rektor gewählt worden, ist das jetzt alles umsonst?“

A: „Ja, das kommt sehr plötzlich jetzt, diese Erkrankung, und dass es dann auch so schlimm ist.“

Pause.

P: starrt vor sich hin, die Tränen stehen ihm in den Augen.

A: „Wenn Sie mögen, will ich gerne mit Ihnen und auch mit Ihrer Frau zusammen reden, damit wir die nächste Zeit ein bisschen planen können.“

Pause.

Der Patient nickt, schaut den Assistenten an und fährt fort:

„Ja, wissen Sie denn nun schon, was mit mir passieren wird?“

Der Assistent erklärt das weitere Vorgehen.

15.2.4.1.1 Typische Patientenreaktion:

- Wenn die Emotion richtig getroffen ist, bestätigt der Patient und begründet seine emotionale Stimmung.

A: „... und das hat Sie sehr enttäuscht?“

P: „Ja, na klar. Stellen Sie sich mal vor, der sagt: mit dem Knie werden Sie nie wieder Probleme haben und jetzt das!“

- Wenn die Emotion nicht richtig getroffen ist, korrigiert der Patient die Emotion und braucht manchmal ein Wiederholen, um die Begründung zu formulieren.

A: „... und das hat Sie sehr enttäuscht?“

P: „Enttäuscht nicht, eher traurig gemacht, so verzweifelt.“

Pause.

A: „Verzweifelt?“

P: „Ja, wir hatten für nächstes Jahr eine Wanderreise in Nord-Griechenland geplant – das war unser Geschenk zur Silberhochzeit. Das wird ja nun nichts.“

15.2.4.1.2 Untypische Patientenreaktion:

Vor allem bei gemischten Botschaften (Sachebene plus Emotion), bei denen die Ärztin auf die Emotion Bezug nimmt, beharrt der Patient auf der Sachebene. Das Beispiel von oben ginge dann so weiter:

A: „Ich kann verstehen, dass Ihnen das Warten auf die Nerven geht.“

P: „Also, haben Sie jetzt Pfefferminztee oder nicht?“

Solche Reaktionen sind dann häufiger, wenn das gesamte Gespräch wenig Patienten-zentriert verlaufen ist. Wenn die Ärztin dann plötzlich Emotionen aufgreift, verweigert der Patient die Gefolgschaft – die Ärztin bleibt auf der womöglich korrekt wahrgenommenen Emotion sitzen. Selbst wenn dies passiert, war es allerdings nicht vergebens: der Patient macht die Erfahrung, dass diese Ärztin seine Gefühle nicht ignoriert. Vielleicht kommt er in einem späteren Gespräch noch mal auf diese Ebene zurück.

15.2.4.2 Umgang mit vermuteten Emotionen

Manchmal werden Emotionen nicht offen geäußert, sondern man vermutet, dass Emotionen ein bestimmtes Verhalten oder bestimmte Äußerungen bedingen, ohne dass sie unmittelbar erkennbar wären. Häufig sind nicht geäußerte Gefühle die Ursache für:

- plötzliche Themenwechsel beim Patienten
- eine auffallend nüchterne Erzählweise von dramatischen Ereignissen
- ständig repetierte Klagen, die z. B. auf der Visite täglich in eine kommunikative Sackgasse einmünden.

Hier helfen Techniken des Spiegels oder der Versuch, die am ehesten vorstellbare Emotion anzubieten.

A: „Herr Huber, ich kom nicht mehr mit. Sie haben eben von der Erkrankung Ihrer Frau berichtet und jetzt erzählen Sie vom Geschäft. Das geht mir zu schnell.“

Oder in einer ähnlichen Situation anders formuliert:

A: „Sie wirken auf mich sehr gelassen, wenn Sie von dieser schwierigen Phase erzählen.“

Oder bei der Visitensituation:

A: „Könnte es eigentlich sein, dass Sie sich Sorgen machen, wie es nach der Entlassung weitergehen soll?“

15.2.5 Vermitteln von Informationen

Aus der Lernforschung ist bekannt, dass sich durchschnittlich begabte Menschen 3 – 5 neue Informationen merken können. Angst verschlechtert die Lernkapazität erheblich. Wenn Informationen an bereits vorhandenes Wissen anknüpfen, kann man sich mehr merken als bei völlig unbekanntem Material. In vielen Erstgesprächen, in denen eine neu aufgetretene Symptomatik abgeklärt werden soll, lassen Assistenten Patienten insgesamt 5 Min. lang (von 15 Min.) an ihrem Wissen teilhaben. Die Masse an Informationen, die in diesen Minuten transportiert wird, überfordert jeden Patienten!

Im Grunde genommen gelten für Informationsvermittlung an Patienten die gleichen Qualitätsmerkmale wie für die Gestaltung von Lehrveranstaltungen:

- Informationen sollen in einer Sprache vermittelt werden, die dem Vorwissen des Patienten angepasst sind
- Komplexe Informationen – und das sind medizinische Informationen meistens – müssen in Abschnitte gegliedert werden

Dabei kann man Informationen zur diagnostischen Abklärung, zur Prognose, zur möglichen Therapie, und zur Umsetzbarkeit der Behandlungsvorschläge unterscheiden. In der typischen Arzt-Patient-Kommunikation stehen diese einzelnen Informationsfelder leider sehr selten nebeneinander, geschweige denn, dass sie angekündigt würden. Meist werden Patienten mit einem heillosen Gemisch dieser unterschiedlichen Informationen konfrontiert.

Informieren ist ein rekursiver Prozess: der Arzt muss wissen, was beim Patienten angekommen ist, um seine Wortwahl oder schlicht die Menge der Information dem Gegenüber anzupassen. Daraus ergibt sich eine weitere Forderung an eine professionelle Informationsvermittlung:

- Repetitives Klären der Verständlichkeit der Information

A: „Es fällt mir schwer, diese Behandlung gut zu erklären. Sie ist ziemlich kompliziert. Könnten Sie noch mal sagen, was Sie verstanden haben? Dann weiss ich besser, was ich nochmals anders erklären muss.“

Manchmal kann man sich auf ein Aufklärungsgespräch vorbereiten. Dann sollte man genau wissen, was im ersten Gespräch vermittelt **werden muss** und wo man darauf warten kann, welche Fragen die Patientin von sich aus stellt.

Ein weiteres Hilfsmittel, um komplexe Informationen zu vermitteln, ist der Gebrauch von Bildern, Analogien oder Metaphern. Also gilt:

- Komplexe Informationen, vor allem Zusammenhänge unterschiedlicher körperlicher, sozialer und psychischer Vorgänge lassen sich am ehesten durch den Einsatz von Bildern verdeutlichen, die sich an der Erlebenswelt der Patientin orientieren.

15.2.5.1 Typische Patientenreaktionen:

Patienten nicken und stellen keine Fragen. Dieser *fehlende Feedback* veranlaßt viele Ärzte zu der Annahme, sie seien ausgesprochen begabt im Vermitteln von Information. Schaut man sich allerdings an, wie wenig Patienten 2 Stunden nach einem Aufklärungsgespräch noch wissen (z.B.), wäre mehr Skepsis gegenüber den eigenen Lehr-Fähigkeiten angemessener.

15.2.5.2 Untypische Patientenreaktion:

Der Patient stellt eine Frage. Meist reagiert der Arzt auf dieses seltene Ereignis mit weiteren Informationen, ohne sich zu vergewissern, wo genau das Verständnisproblem entstanden ist. Ein Zuviel an Information ist durch ein Mehr an Information schlecht zu behandeln!

15.2.6 Schlussevaluation

Manche Ärzte entschuldigen ihren ausschliesslich Arzt-zentrierten Gesprächsstil mit dem Hinweis darauf, dass sie am Ende immer noch mal fragen: „So, gibt’s noch was von Ihnen, worüber wir nicht gesprochen haben?“ Glücklicherweise nutzen Patienten diese letzte (und in diesem Fall erste) Gelegenheit selten, denn sonst hätte dieser Arzt ein Problem (s. oben): „Ach ja, Frau Doktor, wie wäre es mit einer Kur für mich?“, und die Arbeit an dieser Frage lässt sich nicht in einer Minute erledigen.

Die Schlussevaluation hat nach einem professionell geführten Gespräch zwei Funktionen:

- Abschliessen der gemeinsamen Arbeit

A: „So, ich glaube, ich habe alles zusammen. Wie es weitergeht, haben wir besprochen (ggf. kurze Zusammenfassung). Ist das für Sie auch soweit klar?“

- Festlegen der offenen Punkte, Klären der Agenda für die folgende Begegnung (s. oben unter Strukturieren).

A: „Gut, dann haben wir heute die Sache mit der Schmerztablette besprochen, Ihren Zeh angeschaut. Ich weiss, dass Sie die neue Wassertablette vertragen.“

Pause.

„Wie das mit Ihrem Mann weitergehen könnte, dünkt mich auch wichtig. Könnten wir nächstes Mal darüber reden, vielleicht in der übernächsten Woche?“

15.2.6.1 Typische Patientenreaktion:

Der Patient bestätigt die Stellungnahme der Ärztin.

15.2.6.2 Untypische Patientenreaktion:

Die PatientIn führt ein neues Thema ein, obwohl am Anfang die Agenda festgelegt wurde.

In diesem Fall sollte die ÄrztIn auf keinen Fall das Thema annehmen, sondern ex explizit und freundlich der Agenda für die nächste Besprechung zuschlagen.

15.2.7 Arzt-zentrierte Gesprächstechniken: gezieltes Fragen

Gezielte Fragen, die eine ganz bestimmte Antwort einfordern, sind aus der Alltagskommunikation bestens bekannt. Man unterscheidet:

- Geschlossene Fragen

Studentin A: „Wie war der Film?“

Studentin B: „Toll.“

Oder:

Student A: „Wo ward denn ihr im Urlaub?“

Studentin B: „In Griechenland.“

- Fokussierende Fragen, die das Thema einengen

Studentin A: „Erzähl mal, wie war das Essen in Griechenland?“

Gezielte Fragen haben ein Ziel. Sie setzen voraus, dass der Fragende eine Hypothese im Kopf hat, dass er weiss, worauf er abzielen soll. Die Hypothesen beziehen sich im Arzt-Patient-Gespräch entweder auf eine vermutete Diagnose, deren Symptome dann durch gezieltes Nachfragen vervollständigt werden sollen, oder auf die Annahme, dass bestimmte Informationen hilfreich sind, um sich einer Diagnose anzunähern oder um das Procedere festzulegen. Auf dieser Hypothese beruhen die typischen Anamnesehilfen, die im Arzt-zentrierten Teil eines Gespräches abgearbeitet werden, wenn genügend Zeit vorhanden ist.

Der Arzt-zentrierte Gesprächsteil ist wesentlich, da hier das Fachwissen einer Ärztin zum Nutzen des Patienten eingesetzt wird: sie kann verschiedene Beschwerden unter einem nosologischen Begriff subsumieren und durch aktives Fragen absichern. Daraus resultiert dann die entsprechende Therapie, deren Umsetzung sie mit der Patientin wahrscheinlich in einem wieder Patienten-zentrierten Gesprächsteil klären wird. Damit dieser Gesprächsteil möglichst effizient abläuft, muss er **angekündigt werden** (s. oben unter Strukturieren). Dazu gehört nicht nur, dass das Thema des nächsten Abschnittes, z. B. die Familienanamnese angekündigt wird, sondern auch der Hinweis auf den gewünschten Gesprächsstil.

A: „Ich wäre froh, wenn Sie die nächsten Fragen möglichst knapp beantworten würden.“

Die einzelnen Abschnitte einer typischen Anamnese sind in Tabelle 1 zusammengefasst. Sie folgt dem Anamneseschema, das in Basel in der Inneren Medizin verwendet wird.

Tabelle 1: Abschnitte einer typischen Anamnese in der somatischen Medizin

1	Vorstellen, Begrüssen	Ein erster Eindruck entsteht, in dem Patienten ‚sich präsentiert‘, z.B. als Stehauf-Männchen oder als hoffnungsloser Verlierer, souverän oder Opfer der Krankheit. Im Arzt entsteht Sympathie, Interesse, Ärger, etc. Die Spuren, die der Patient hier legt, könnte die Ärztin in den folgenden Abschnitten weiter verfolgen.
2	Schaffen einer günstigen Situation	
3	Landkarte der Beschwerden	
4	Jetziges Leiden	
5	Persönliche Anamnese	
6	Familienanamnese	
7	Soziales	
8	Endphase und vorläufiges Fazit	

Werden Symptome benannt, sollten sie in den folgenden sieben Dimensionen abgeklärt werden (s. Tabelle 2).

Tabelle 2: Die sieben Dimensionen eines Symptoms

1	<u>Zeitliches Auftreten</u> : „Wann sind die Beschwerden zum ersten Mal aufgetreten?“
2	<u>Qualität der Beschwerden</u> : „Sind die Schmerzen eher brennend oder ziehend?“
3	<u>Intensität der Beschwerden</u> : „Sind die Beschwerden unerträglich?“
4	<u>Lokalisation der Beschwerden</u> : „Wo spüren Sie die Schmerzen? Strahlen sie aus?“
5	<u>Begleitsymptome</u> : „Wenn diese Schmerzen auftreten, haben Sie dann auch noch andere Beschwerden?“
6	<u>Einflussfaktoren auf die Beschwerden</u> : „Was hilft denn am besten, wenn diese Beschwerden auftreten?“
7	<u>Auslösende Faktoren</u> : „Treten diese Beschwerden vor allem beim Gehen auf oder eher in Ruhe?“

Werden Symptome benannt, sollten sie in den folgenden sieben Dimensionen abgeklärt werden (s. Tabelle 2).

Tabelle 2

Auch hier lohnt es sich fast immer, zunächst die Patientin erzählen zu lassen, was ihr aufgefallen ist.

A: „Wie ist es denn mit den Schmerzen da in der Brust?“

Die Symptomebenen, die dann noch fehlen, können aktiv abgefragt werden. Dieses Procedere spart Zeit!

15.2.8 Äussere Bedingungen

Es ist immer wieder erstaunlich zu sehen, wie wenig Schutz das Gespräch zwischen Ärztin und Patientin geniesst. Während technischer Verrichtungen wie Katheter legen, Ultraschall durchführen etc. wird selten oder gar

nicht gestört. Das Gespräch ist offensichtlich im Arbeitsablauf einer Station wenig privilegiert. So kommt es während einer 5,5 Min. dauernden Visite im Schnitt zu 3 – 5 Störungen (H. Weber, 2002). Gerade Studierende haben es nicht leicht, sich gegen die „Sachzwänge“ anderer Berufsgruppen durchzusetzen, die genau in diesem Moment die Infusion kontrollieren, die Medikamente stellen oder dem Patienten im Bett nebenan die Technik der Bauchatmung erläutern müssen.

Die Frage, inwieweit das Anfertigen von **Gesprächsnotizen** während der Konsultation erlaubt oder störend sei, ist nicht eindeutig zu beantworten. Im Arzt-zentrierten Gesprächsteil bietet sich sicherlich an, entsprechende Bemerkungen in die typischen Anamnesebögen einzutragen. Im Patienten-zentrierten Gesprächsteil wäre die Zusammenfassung eine gute Möglichkeit, um das, was gerade gesagt und vom Patienten bestätigt oder korrigiert wurde, schriftlich zu protokollieren. Vermieden werden sollte das Protokollieren, wenn es unangekündigt die Zuwendung des Arztes zur Patientin unterbricht, wenn dieser also zunächst der Patientin aufmerksam zuhört, sich dann plötzlich abwendet und unvorhergesehen zu schreiben anfängt.

15.3 Besondere Gesprächssituationen

Eingangs wurde bereits erwähnt, dass die vorangehend dargestellten Gesprächstechniken unter besonderen Situationen in unterschiedlichem Ausmass zur Anwendung kommen. Im Folgenden wird ausgehend von dem typischen Ablauf eines Arzt-Patient-Gesprächs dargestellt, welche Abweichungen sich ergeben könnten.

15.3.1 Erstgespräch

Begrüssung; Gesprächsrahmen festlegen; dem Patienten Raum geben = WWSZ; Konsultationsgrund klären; Übergang zum Arzt-zentrierten Teil, Abarbeiten der typischen Anamnese; körperliche Untersuchung; Informationen vermitteln; Schlussevaluation.

15.3.2 Wiederholungsvisite

Begrüssung; Gesprächsrahmen festlegen; Gesprächsthemen definieren, Reihenfolge festlegen; *Patiententhemen* mit WWSZ plus Arzt-zentriertem Teil abarbeiten; ggf. körperliche Untersuchung

15.3.3 Arztthemen abarbeiten

Thema begründen; Informationen vermitteln; Patientenreaktion mit WWSZ entgegennehmen; Schlussevaluation

15.3.4 Notfallvisite

Begrüssung; Gesprächsrahmen festlegen; Patienten Raum geben = WWSZ; Übergang zum Arzt-zentrierten Gesprächsteil (s.o.)

Im Grunde genommen gilt für die Notfallvisite kein anderes Schema als für den Erstkontakt, dies heisst insbesondere, dass es nicht sinnvoll ist, in der Notfallsituation auf jeden Fall mit einer Arzt-zentrierten Befragung zu beginnen. Auch im Notfall weiss selbstverständlich der Patient besser, was ihm zugestossen ist und was er im Moment in seinem Körper erlebt als der Arzt. Von daher ist es sinnvoll, dieses Wissen des Patienten ohne Dazwischenfragen entgegenzunehmen!

15.3.5 Konsiliaruntersuchung/Prämedikationsgespräch

Hier ist es vor allem wichtig, dem Patienten ganz klar zu sagen, welchem Zweck das Gespräch dient und welchen zeitlichen Rahmen man dafür vorgesehen hat. Es empfiehlt sich gerade im Spital, genau zu definieren, weshalb man jetzt als Spezialist für genau dieses Fach den Patienten anschauen soll und dann wie in einem Erstkontakt, allerdings mit meistens eingeschränkter Fragestellung vorzugehen.

Bei Prämedikationsgesprächen entsteht eine häufige Schwierigkeit dadurch, dass die Informationsvermittlung zwischen Operateur und Anästhesist nicht eindeutig geklärt ist. Probleme ergeben sich u.a. dann, wenn der Anästhesist die Informationsdefizite des Operateurs ausgleichen soll und dadurch mit seiner knappen Zeit in Schwierigkeiten kommt.

15.3.6 Konsultation mit Dritten

Diese Konstellation ergibt sich zum einen bei pädiatrischen Gesprächen, in denen in der Regel Eltern anwesend sind, beim Gespräch mit inkompetenten Patienten und ihren Angehörigen sowie bei Menschen, die keine gemeinsame Sprache mit dem Arzt haben und auf die Hilfe eines Dolmetschers angewiesen sind.

Wesentlich für die Gestaltung dieser Gespräche ist, dass die Aufmerksamkeit des Arztes eindeutig ausgerichtet ist und dass er z. B. dem Kind oder den Eltern ganz klar macht, wem im Moment seine Aufmerksamkeit gilt.

Bei einem Gespräch mit Dolmetscher bewährt es sich, dem Dolmetscher klar zu machen, dass er 1 : 1 übersetzen und nicht aus eigener Haltung heraus zusammenfassen oder verdeutlichen soll. Er muss auch darauf vorbereitet werden, dass der Arzt den Patienten anschaut, wenn er eine Frage stellt, die dann vom Dolmetscher aufgenommen und an den Patienten weitergeleitet wird. Genauso gilt, dass der Arzt die Antwort des Patienten zwar in der Übersetzung des Dolmetschers, aber mit Blickkontakt auf den Patienten entgegennimmt. Nicht selten zeigen Patienten erst in diesem Moment, wenn der Dolmetscher übersetzt und der Patient im Gesicht des Arztes eine empathische Mitreaktion bemerkt, selber eine emotional passende Reaktion und beginnen z. B zu weinen.