

7 Haltung, Gesprächsführung, Partizipation

7.1 Grundregeln der Gesprächsführung

„Der alte Arzt spricht Latein.
Der junge Arzt spricht Englisch.
Der gute Arzt spricht die Sprache des Patienten.“

Ursula Lehr, Ex-Gesundheitsministerin

Es gibt ganz unterschiedliche ärztliche Gesprächstypen. Sie unterscheiden sich in

- ihrer Zielrichtung (handelt es sich z. B. um ein Erstgespräch bei unklaren Beschwerden, ein Beratungsgespräch bei einer Medikamentenumstellung oder um eine Befundbesprechung?),
- ihrer Dauer (stehe ich unter Zeitdruck, wartet schon die nächste Patientin, oder habe ich für diesen Termin bewusst etwas mehr Zeit einplanen können?),
- ihrer Gewichtung der Redezeit für Arzt bzw. Patienten (will ich in diesem Gespräch vorwiegend von dem Patienten etwas erfahren wie z. B. zur Vorgeschichte oder zum bisherigen Therapieerfolg, will ich ihn Aktivität und eigene Ideen entwickeln lassen, oder will ich gezielt Informationen vermitteln, z. B. über meine Befundinterpretation, psychophysiologische Hintergründe oder verschiedene Behandlungsmöglichkeiten?)
- oder auch in ihrer affektiven Aufladung (hat die Patientin Angst vor der Mitteilung von Befunden und Diagnosen, ist sie enttäuscht von Vorbehandlungen, habe ich selbst einen besonders harten Arbeitstag oder habe ich grundsätzliche Vorbehalte gegenüber Patienten mit NFS?).

Je nach Gesprächstyp kann man auf ein paar **grundlegende gesprächsfördernde Maßnahmen** sowie auf **bestimmte Gesprächsführungstechniken** zurückgreifen, auf die wir in diesem und den folgenden Kapiteln eingehen werden. Gute Übersichten zu diesem Thema bieten z. B. Maguire u. Pitceathly (2002), Schweickhardt u. Fritzsche (2009), Langewitz (2012) und Fortin et al. (2012); siehe auch Hausteiner-Wiehle u. Schaefer [a].

Eine hohe Kommunikationskompetenz zählt sich übrigens aus: Ärzte mit hoher Kommunikationskompetenz identifizieren Patientenprobleme genauer, sind beruflich zufriedener und weniger gestresst. Auch ihre Patienten sind zufriedener und zeigen eine bessere Krankheitsbewältigung (Maguire u. Pitceathly 2002). Das gilt natürlich für alle Patienten – bei Patienten mit NFS bietet eine

bewusste Gesprächsführung jedoch ein besonders hohes Potenzial, aus „schwierigen“ Patienten „zufriedene“ zu machen.

Die Grundlage jedes Gesprächs ist eine geeignete Atmosphäre (Tab. 7-1). Schon simple Unachtsamkeiten wie eine offene Tür oder eine undeutliche Aussprache können nämlich ein Gespräch unnötig erschweren.

Damit sich Ärztin und Patientin über den Gesprächszweck einig sind, sollten zu Beginn eines Gesprächs die geplanten **Themen**, der geplante **Gesprächsrahmen** bzw. **eventuelle Spielräume** geklärt („Agenda-Setting“) – und diese Vereinbarungen auch einhalten werden.

Tab. 7-1 Kommunikationskompetenz: Grundlagen

| | |
|--|--|
| Grundlegende gesprächsfördernde Maßnahmen | <ul style="list-style-type: none"> ● Herstellen eines ungestörten Gesprächsrahmens und einer angenehmen Atmosphäre ● Vermeidung von Sichtbarrieren ● Einsatz von Körpersprache, Beachtung non-verbaler Signale ● ausreden lassen ● deutliche Aussprache ● Verwendung einer verständlichen, laiengerechten Sprache ● Anpassung der Sprache an das intellektuelle Niveau des Gegenübers ● Verwendung von Anschauungsmaterial wie Metaphern, Bildern und Grafiken (wenn möglich) |
| Agenda-Setting | <ul style="list-style-type: none"> ● „Wir haben heute 10 Minuten Zeit, von meiner Seite geht es v. a. darum, wie Sie die Medikamente vertragen. Was gibt es von Ihrer Seite zu besprechen?“ ● „In der letzten Stunde sprachen wir auch über die Situationen, die Sie zunehmend vermeiden, da würde ich gerne noch einmal drauf zurückkommen. Was haben Sie sich für die heutige Stunde vorgenommen?“ ● „Ich habe eine halbe Stunde Zeit und werde mich nur durch Notfälle unterbrechen lassen.“ ● „Erinnern Sie sich? Für heute hatten wir uns vorgenommen, Ihre bisherigen Befunde zu sichten.“ |
| Klärung der Patientenanliegen | <ul style="list-style-type: none"> ● „Was führt Sie zu mir?“ ● „Was sind heute Ihre Anliegen?“ ● „Was erhoffen Sie sich vom heutigen Besuch bei mir?“ ● „Gibt es sonst noch etwas, das Ihnen auf dem Herzen liegt?“ ● „Könnten Sie mir das noch genauer erklären?“ |

Die meisten Gespräche verlaufen, mit unterschiedlichen Schwerpunktsetzungen, in drei Phasen. Dabei ist die erste Gesprächsphase vor allem bei Erstgesprächen die wichtigste, in der nicht an Zeit gespart werden sollte. Ihr Ziel ist es, das bzw. die Anliegen des Patienten herauszuhören. (Die meisten Patienten haben nämlich gleich mehrere davon, und die eingangs geäußerte Beschwerde ist darunter gar nicht unbedingt immer die wichtigste.) Darum ist diese **erste Phase** klar *patientenzentriert*; er stellt die „**Bühne**“ **des Patienten** dar, auf der er seine Probleme umfassend und aus seiner ganz persönlichen Sicht darstellen darf und allenfalls durch sogenannte „Tell-me-more-Signale“ unterbrochen wird (Tab. 7-1). Werden die Patientenanliegen nicht genügend thematisiert, wird das Gespräch ineffizient, der Patient dreht sich vielleicht im Hinausgehen um, wirft Ihnen noch eine wichtige Frage hin – und dann gerät der Terminplan erst recht durcheinander. Nur was auf dem Tisch liegt, kann auch verhandelt werden!

Die ursprünglich für die Onkologie beschriebene (und in Kap. 7.2 gleich näher ausgeführte) **Ask-Tell-Ask-Technik** (Back et al. 2005) ist eine der wichtigsten Grundregeln der patientenzentrierten Gesprächsführung: Erkundigen Sie sich immer erst, was Ihr Gegenüber schon weiß oder wissen will, schon hat oder braucht, bisher erlebt hat, für die Zukunft annimmt – und antworten Sie dann erst mit Ihrer Einschätzung. Dadurch signalisieren Sie Ihr Interesse und gewinnen wichtige Informationen über Wissensstand und Innenperspektive des Patienten. Versuchen Sie, höchstens 50 % der Gesprächszeit selbst zu reden, und die anderen 50 % zuzuhören!

Die „**WWSZ-Technik**“ (**Warten – Wiederholen – Spiegeln – Zusammenfassen**) (Langewitz 2012; Tab. 7-2) dient dazu, den Patienten frei erzählen zu lassen und dabei Missverständnisse zu vermeiden, das Gespräch zu präzisieren und zu strukturieren, um auch hier dem Patienten die Gewissheit zu vermitteln, gesehen und verstanden zu werden.

Die **zweite Phase** ist *arztzentrierter*, eher kurz und dient der Abrundung wichtiger Informationen, z. B. mittels einer systematischen Abfrage von Beschwerden in weiteren Organsystemen oder Screeningfragen für psychische Erkrankungen. Hier sollte im Interesse der Effektivität auch geschlossen (mit Ja/Nein-Fragen) gefragt werden. Dazu kann eventuell auch auf Fragebögen zurückgegriffen werden (s. a. Kap. 8.1).

Auch die **dritte Gesprächsphase** ist überwiegend arztzentriert. Sie dient dazu, dem Patienten Vorschläge für die nächsten Schritte zu machen, z. B. im Hinblick auf anstehende Untersuchungen, auf die diagnostische Einordnung der Beschwerden, auf Behandlungsmöglichkeiten oder einfach auf den nächsten Termin.

Die wesentlichen Ziele der Gesprächsführung, v. a. im Erstgespräch, sind das Kennenlernen des Patienten und seiner Anliegen, der Vertrauensaufbau und die Planung des weiteren Vorgehens. Es verläuft sowohl im Hinblick auf die erhaltenen Informationen als auch auf die beidseitige Zufriedenheit effektiver, wenn dabei ein paar einfache Grundregeln beachtet werden.

Tab. 7-2 WWSZ-Technik

| Strategie | | Erläuterung | Beispiel |
|-------------|------------------------|---|---|
| Warten | | <ul style="list-style-type: none"> (>3 Sekunden) mit Blickkontakt zum Patienten; Aufmerksamkeit fokussiert auf den Patienten warten, ob der Patient vielleicht von sich aus, nach einer bestimmten Denkpause, das Gespräch fortsetzen möchte | <i>[einfach abwarten, was vom Patienten kommt]</i> |
| Wiederholen | | <ul style="list-style-type: none"> einzelne Worte wiederholen, die der Patient gerade benutzt hat stellt Nähe zum Gegenüber her | <ul style="list-style-type: none"> <i>Patientin:</i> „Ich frage mich, ob’s was mit dem Herzen zu tun haben könnte.“ <i>Ärztin:</i> „Mit dem Herzen?“ „Sie fragten also Ihren Neurologen ...?“ |
| Spiegeln | | dem Patienten Rückmeldungen geben | <ul style="list-style-type: none"> „Ich habe den Eindruck, heute ist es Ihnen gelungen, einige besonders schmerzhaft erlebte Erlebnisse deutlich auszusprechen.“ „Das klingt nach Stress.“ „Ich kann mir vorstellen, dass Sie da unter Druck geraten sind.“ |
| | in Bezug auf das Thema | <ul style="list-style-type: none"> dem Patienten zurückspiegeln, zu welchem Thema er sich gerade geäußert hat evtl. auch Widersprüche thematisieren | <ul style="list-style-type: none"> „Im Moment reden Sie eher über die Probleme, die Ihre Tochter mit der Situation hat, oder?“ „Da sind Sie offenbar gerade sehr mit der Frage beschäftigt, ob die Diagnostik ausreicht.“ „Es könnte ein wichtiger Hinweis sein, dass Sie zurzeit viel Ärger im Büro haben.“ „Da muss ich noch mal nachfragen: Sie sagten, dass Sie noch nie eine Halserkrankung hatten. Im Arztbrief, den Sie mir mitgebracht haben, wurden zwei HNO-ärztliche Endoskopien beschrieben. Wie passt das zusammen?“ |