



Dies ist eine Leseprobe des Schattauer Verlags. Dieses Buch und unser
gesamtes Programm finden Sie unter
www.klett-cotta.de/schattauer

Jana Jünger

Ärztliche Kommunikation

Mit Beiträgen von

Michael Akbar	Jana Hinneburg	Eckhard Nagel
Attila Altiner	Birgit Hladschik-Kermer	Ulrike Necknig
Marina Bartolovic	Achim Hochlehnert	Alexandra Núñez
Christoph Becker	Susanne Hoffmann	Samia Peltzer
Christina Bergdolt	Klaus Hönig	Frank Peusquens
Wulf Bertram	Sabina Hunziker Schütz	Lukas Radbruch
Christiane Bieber	Birgit Jaspers	Marcel Rarek
Julia Bird	Haang Jeung-Maarse	Isabelle Rek
Christian A. Brünahl	Ansgar Jonietz	Daniela Roesch-Ely
Holger Buggenhagen	Jana Jünger	Armin Schafberger
Rainer Büscher	André Karger	Jörg Schelling
Jean-François Chenot	Katharina Keifenheim	Martin Scherer
Nicole Deis	Theresa Kenngott	Gerhard Schillinger
Beate Ditzen	David Klemperer	Marcus Schiltenwolf
Nadine Dreimüller	Cora Koch	Gerhard Schmidmaier
Ann-Catrin Druck	Wolfgang Kölfen	Hanna Seidling
Marion Duscha	Volker Köllner	Jost Steinhäuser
Oliver Evers	Nadja Komm	Kai-Uwe R. Strelow
Christine Faller	Johannes Kruse	Steffen Taubert
Folkert Fehr	Marcel Kusch	Svenja Taubner
Gregor Feldmeier	Eike Langheim	Harald Tegtmeier
Astrid Fink	Hedda Lausberg	Anne Toussaint
Sabine Fischbeck	Christine Lenz	Birgit Trierweiler-Hauke
Susanne Frankenhauser	Klaus Lieb	Matthias Villalobos
Maryna Gornostayeva	Maike Linke	Frank Vitinius
Burkhard Götsch	Christin Löffler	Christiane Waller
Matthäus Ch. Grasl	Christiane Lücking	Jürgen Walther
Leyla Güzelsoy	Julia Mahal	Odetta Wegwarth
Walter Emil Haefeli	Annette Maleika	Katja Welsch
Sybille Häfner	Tanja Manser	Swantje Wienand
Ernil Hansen	Olaf Martin	Eva Winkler
Martin Härter	Hannah Sophie May	Tewes Wischmann
Steffen Heide	Stefanie Merse	Anja Wollny
Markus Herrmann	André L. Mihaljevic	Alexander Wünsch
Anne Herrmann-Werner	Kerstin Mörsch	Stephan Zipfel
Pia Heußner	Claudia Mück	Brigitte Zrenner
Jochen Heymanns	Friederike Mumm	
Barbara Hinding	Anna Mutschler	

Ärztliche Kommunikation

Praxisbuch zum Masterplan
Medizinstudium 2020

Herausgegeben von Jana Jünger

Mit einem Geleitwort von Eckhard Nagel



Die digitalen Zusatzmaterialien haben wir zum Download auf www.klett-cotta.de bereitgestellt. Geben Sie im Suchfeld auf unserer Homepage den folgenden Such-Code ein: **OM43252**



Oder scannen Sie direkt diesen QR-Code:

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

Besonderer Hinweis

Die Medizin unterliegt einem fortwährenden Entwicklungsprozess, sodass alle Angaben, insbesondere zu diagnostischen und therapeutischen Verfahren, immer nur dem Wissensstand zum Zeitpunkt der Drucklegung des Buches entsprechen können. Hinsichtlich der angegebenen Empfehlungen zur Therapie und der Auswahl sowie Dosierung von Medikamenten wurde die größtmögliche Sorgfalt beachtet. Gleichwohl werden die Benutzer aufgefordert, die Beipackzettel und Fachinformationen der Hersteller zur Kontrolle heranzuziehen und im Zweifelsfall einen Spezialisten zu konsultieren. Fragliche Unstimmigkeiten sollten bitte im allgemeinen Interesse dem Verlag mitgeteilt werden. Der Benutzer selbst bleibt verantwortlich für jede diagnostische oder therapeutische Applikation, Medikation und Dosierung.

In diesem Buch sind eingetragene Warenzeichen (geschützte Warennamen) nicht besonders kenntlich gemacht. Es kann also aus dem Fehlen eines entsprechenden Hinweises nicht geschlossen werden, dass es sich um einen freien Warennamen handelt.

Schattauer

www.schattauer.de

© 2018 by J. G. Cotta'sche Buchhandlung

Nachfolger GmbH, gegr. 1659, Stuttgart

Alle Rechte vorbehalten

Printed in Germany

Cover: Jutta Herden, Stuttgart

Gesetzt von Kösel Media GmbH, Krugzell

Gedruckt und gebunden von CPI – Clausen & Bosse, Leck

Lektorat: Barbara Buchter

Projektmanagement: Dr. Nadja Urbani

ISBN 978-3-608-43252-7

Auch als E-Book erhältlich

Geleitwort

Medizinische Hochschule Hannover, September 1992, 06:30 Uhr. Frühvisite auf den Stationen 18, 16, 26 und 12: Unter Leitung von Herrn Professor Rudolf Pichlmayr beginnt ein Team, bestehend aus einer Oberärztin, zwei Fachärzten, zwei Assistenten (einer davon bin ich), begleitet von der jeweiligen Stationschwester, den Besuch bei den Patientinnen der Abdominal- und Transplantationschirurgie. Die Aufgaben sind klar verteilt, Informationen werden auf dem Gang in kurzen Worten zum aktuellen Gesundheitszustand, zu den Sorgen und Bedürfnissen der jeweiligen Patientinnen ausgetauscht. Nicht viel mehr als einen kurzen Augenblick pro Zimmer. Vor der Tür eine kurze Diskussion, im Patientenzimmer vollständige Fokussierung auf die Kommunikation zwischen Professor und Patientin.

Bei den Patientinnen nach Lebertransplantation werden die Gespräche des Teams untereinander etwas länger, die Einschätzung ergänzt durch anästhesiologische und internistische Perspektiven. Dabei wird die Anspannung hinsichtlich einer guten Versorgung dieser schwierigen Patientengruppe allenthalben spürbar. Ursache für die wahrnehmbare Unruhe sind nicht selten Missverständnisse bei Übergaben, im Gespräch zwischen Oberärztinnen und Assistentinnen, vor allem aber auch zwischen den Pflegekräften und Ärztinnen. Diese Wahrnehmung hatte mich dazu gebracht, das interprofessionelle Gespräch mit den verschiedenen Berufsgruppen zu suchen und den Versuch zu unternehmen, unsere Arbeitsabläufe zu reflektieren. Dabei wird schnell deutlich, dass nicht nur die Abläufe veränderungswürdig sind, sondern auch das Gespräch untereinander erhebliches Verbesserungspotenzial aufweist. Deshalb schlage ich an diesem Morgen meinem Chef auf dem Stationsflur vor, eine Teamsupervision im Intensivbereich zu veranlassen. Der Begriff löst in der Chirurgie Verwirrung aus. Teamsupervision? Was verbirgt sich dahinter und wozu soll das gut sein? Und was bzw. wen umfasst der Terminus des Teams? Der Versuch der Erläuterung bezieht sich auf ein verbessertes Verständnis der jeweiligen Aufgaben, eine erhöhte Sicherheit in den Handlungsprozessen, einer Unterstützung bei der Koordination der Zusammenarbeit und damit eine Verbesserung der Patientenversorgung. Das Ziel wird positiv beurteilt, der unbekannte Begriff mit Achselzucken und Erstaunen quittiert und die positive Antwort kurzgehalten: »Dann redet's halt mehr miteinander.«

Diese kurze Replik von Herrn Professor Pichlmayr macht deutlich, dass die generelle Bereitschaft alles zu tun, was die Patientenversorgung verbessert, stets ein wichtiges Anliegen verantwortlich handelnder Ärztinnen war. Dabei galt das Gespräch zwischen Ärztin und Patientin als selbstverständlich notwendig, aber nicht besonders wichtig. Über die allgemeine Qualifikation eines sogenannten normalen Umgangs hinaus wurden an die Gesprächsführung keine besonderen Qualitätsanforderungen gestellt. Diese Vernachlässigung hat sich nicht nur problematisch auf die Patientenversorgung ausgewirkt, hat negative Auswirkungen

auf die Zusammenarbeit zwischen den verschiedenen Berufsgruppen z. B. im Krankenhaus, sondern hat sich mit der immer stärker werdenden Arbeitsverdichtung zu einer besonderen Belastung für viele Ärztinnen entwickelt.

Dies liegt nicht zuletzt daran, dass die Ansprüche an die ärztliche Kunst häufig gleichbedeutend sind mit der Hoffnung, durch spezielle Fertigkeiten könne Krankheit überwunden und Leben erhalten werden. Hierzu brauchte es stets und braucht es auch heute detailliertes Wissen auf der Höhe der Zeit, vor allem aber auch die Fähigkeit, Menschen zu begegnen, sie zu verstehen, zu begreifen, in Beziehung zu treten und womöglich, so wie der römische Philosoph Seneca es formuliert hat, ein freundschaftliches Verhältnis zu den Betroffenen und Hilfsbedürftigen aufzubauen. Dass man an einer solchen Aufgabe, dass man an einer solchen Erwartungshaltung scheitern kann, ist nachvollziehbar.

Hier liegt für jede Generation sowohl der Lehrenden als auch der Lernenden eine besondere Herausforderung, der man häufig nicht genügt hat. Schon Molière beschrieb in seiner letzten Komödie, der eingebildete Kranke, wie die Gesellschaft zum damaligen Zeitpunkt Ärztinnen wahrgenommen hat, die sich hinter einer unverständlichen Sprache, einer auf Distanzierung abzielenden Bekleidung und einem unverständlichen Hochmut versteckt hielten. Schon die damaligen Betrachterinnen hatten viel an der ärztlichen Profession zu kritisieren und haben sich dabei nicht selten ins Lachen geflüchtet.

Eine solche Reaktion ist eine besondere Form von Kommunikation und ein Zeichen für eine bestehende schmerzliche Enge. Nimmt man das vorliegende Buch in die Hand, erkennt man schnell, dass den Autorinnen und Autoren diese Schwierigkeiten gut bekannt sind. Frau Professorin Jünger ist es gelungen, eine exzellente Gruppe von Personen zusammenzubringen, um für die heute Lernenden (und dazu gehören stets auch alle bereits praktizierenden Ärztinnen) in einer übersichtlichen Form das Fundament für ärztliches Handeln didaktisch nachvollziehbar aufzuarbeiten: die ärztliche Kommunikation.

Wer dieses Buch liest, beginnt in der Realität der betroffenen Patientinnen, bekommt die Chance mit ihren Augen zu sehen, ihre Bedürfnisse zu erleben und ihre Erwartungshaltungen zu verstehen, um dann sorgsam in die Kunst der Gesprächsführung eingeführt zu werden.

Der Begriff ›Erwartungsmanagement‹ gehört zu den eher unverständlichen Wortschöpfungen einer auf Dienstleistungen sich immer stärker fokussierenden Gesellschaft. Im Patient-Arzt-Verhältnis beschreibt er aber eine der jeweiligen medizinischen Entwicklung geschuldete Anpassungsnotwendigkeit von Beziehung. Und diese Beziehung basiert auf Kommunikation. Das vorliegende Buch hat diese Erkenntnis als Grundlage gewählt und baut alle Lernschritte darauf konsequent auf.

So ein Buch hätten sich viele Ärztinnengenerationen gewünscht. Nun liegt es vor, kann Grundlage einer neuen Verständigung zwischen Ärztinnen und Patientinnen werden und somit einen wichtigen Beitrag dazu leisten, dass die Stellung des ärztlichen Berufes in den kommenden Jahrzehnten den Erwartungshaltungen besser gerecht wird, als das vielen Generationen vorher trotz aller bewundernswerter medizinischer Fortschritte gelungen ist.

In diesem Sinne darf man wünschen, dass die ärztliche Kommunikation vermittelt durch das vorliegende Praxisbuch zu einer belastbar tragenden Säule der zukünftigen medizinischen Versorgung wird und Medizin 4.0 sich besonders durch die sprachliche Kompetenz einer Profession auszeichnet, die auch in Zukunft zum Fundament des menschlichen Zusammenlebens gehören wird.

Univ.-Prof. Dr. Dr. med. habil. Dr. phil. Dr. theol. h. c. Eckhard Nagel
Ordinarius und Geschäftsführender Direktor
Institut für Medizinmanagement und Gesundheitswissenschaften
Ärztlicher Direktor der Sonderkrankenanstalt Ederhof, Stronach, Osttirol

Vorwort

Einer meiner ersten Patienten war Bernhard. Voller Neugier hatte er sein Studium begonnen. Beim Skifahren mit seinen Kommilitoninnen war er vor Schwäche gestürzt und erholte sich auch die folgenden Tage nicht, war müde und matt. Kurz darauf wurde eine akute myeloische Leukämie diagnostiziert. Nach der ersten Remission infolge der Hochdosischemotherapie war er zuversichtlich und lebensmutig. Sein Bruder trug ihn auf dem Rücken zum Jazzfestival auf dem Hohentwiel, weil er selbst noch nicht fit genug war. Im Herbst kamen die Blasten wieder, die erneute Chemotherapie schlug nicht mehr richtig an, die geplante Stammzelltransplantation konnte nicht durchgeführt werden. Von Anfang an stellte mir Bernhard viele Fragen, die ich und meine Kolleginnen¹ nicht beantworten konnten und auf die ich nicht vorbereitet war. Dann, wenn die Nacht kam und ich noch die Chemotherapie anhängen wollte und existenzielle Angst und Fragen in seinen Augen stand. Wie sollte ich ihm mitteilen, dass der Befund sich verschlechtert hatte, wie, dass die Chemo nicht angeschlagen hatte? Wie mit seinen besorgten Eltern und Geschwistern sprechen? Die Hoffnung nicht verlieren, aber die Verschlechterung nicht leugnen? Die Therapieziele ändern, begleiten statt heilen? Die Begegnung mit seinen Fragen und den Nöten der anderen Patientinnen mitten im Trubel einer überbelegten Station machten mir schnell deutlich, dass ich in meinem Studium viel Wissen angehäuft hatte, aber dass wir nicht vorbereitet wurden auf die Kommunikation mit den Patientinnen und den Angehörigen. Wir lernten auch nicht, uns selbst zu schützen, die intensive Begegnung zum kranken Menschen zuzulassen und sich dennoch nicht darin zu verlieren. Ich beobachtete, dass einige meiner älteren Kolleginnen sich abgrenzten, freundlich, aber distanziert Befunde übermittelten. Wir jungen Stationsärztinnen trafen uns, wir wollten nicht so abgegrenzt sein, wir engagierten uns für unsere Patientinnen bis spät abends und nahmen sie in den Gedanken mit nach Hause.

Zwanzig Jahre später wurde zum ersten Mal die Ärztliche Gesprächsführung als Pflichtbestandteil in Lehre und Prüfung in die ärztliche Approbationsordnung aufgenommen. Erstmals wurden im Nationalen kompetenzorientierten Lernzielkatalog Medizin (NKLM), der vom Medizinischen Fakultätentag 2015 verabschiedet wurde, von unserer Arbeitsgruppe konsentiertere Lernziele für die Ärztliche Gesprächsführung definiert. Im Nationalen Krebsplan des Bundesgesundheitsministeriums wurde die Entwicklung eines Nationalen Mustercurriculums Kommunikation gefordert und gefördert. Mit mehr als 400 Kolleginnen und Kollegen aus allen deutschen Medizinischen Fakultäten haben wir gemein-

¹ Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird im Text verallgemeinernd das generische Femininum verwendet. Diese Formulierungen umfassen gleichermaßen weibliche und männliche Personen; alle sind damit selbstverständlich gleichberechtigt angesprochen.

sam dieses Mustercurriculum unter der Schirmherrschaft des damaligen Gesundheitsministers Herrmann Gröhe aufbauend auf den Lernzielen des NKLM zum Thema Kommunikation erarbeitet. Dazu haben wir Best-Practice-Beispiele von 16 Fakultäten und Institutionen gesammelt und allen beteiligten Dozierenden zur Verfügung gestellt (<https://www.medtalk-education.de/toolbox/>). Am 29. Februar 2016 wurde das Nationale longitudinale Mustercurriculum Kommunikation in der Medizin und die Heidelberger Erklärung zur Förderung kommunikativer Kompetenzen in der ärztlichen Ausbildung verabschiedet. Die Implementierung des Mustercurriculums Kommunikation wurde in den am 31. März 2017 verabschiedeten Masterplan Medizinstudium 2020 als eine der 37 Maßnahmen aufgenommen. Explizit fordert der Masterplan: »Anknüpfend an die Vorgaben der Approbationsordnung für Ärzte, die die ärztliche Gesprächsführung ausdrücklich als Gegenstand der ärztlichen Ausbildung und Inhalt der abschließenden Staatsprüfung vorgibt, und an die im NKLM hierzu entwickelten Lernziele, unterstützt das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) den Erwerb kommunikativer Kompetenzen in der ärztlichen Ausbildung. Ziel ist, das Mustercurriculum ›Nationales longitudinales Mustercurriculum Kommunikation in der Medizin‹ in die Curricula der Hochschulen umzusetzen und spezielle Prüfungsformate hierfür zu entwickeln« (Maßnahme 8).

Medizin ist eine Handlungs- und Erfahrungswissenschaft. Ärztinnen lernen an konkreten Patientengeschichten am besten. Wir haben deshalb die Autorinnen und Autoren dieses Buch gebeten, das notwendige Kommunikationswissen verknüpft mit dem jeweiligen Behandlungsanlass oder dem Anliegen der Patientin sowie dem dafür erforderlichen Fachwissen zu verbinden. Kommunikationstheorien und -techniken, die nicht mit der zugewandten Haltung zur Patientin und dem notwendigen medizinischen Hintergrundwissen integriert im Gespräch mit der Patientin genutzt werden, sind nur sehr begrenzt hilfreich. Gesprächstechniken und -modelle unterstützen Ärztinnen darin, ihre Patientenorientierung und Empathie der Patientin gegenüber sichtbar und spürbar zu machen. Deswegen sind die im Buch vermittelten Gesprächsmodelle und -techniken immer nur eine innere Orientierung, die helfen sollen, ein Gespräch zu strukturieren oder einen roten Faden zu erhalten, insbesondere wenn die medizinischen und menschlichen Herausforderungen groß sind oder auch wenn die Zeit, wie häufig, knapp ist.

Gespräche mit Menschen in existenziellen Lebenslagen, aber auch in wichtigen Beratungssituationen – dann, wenn z. B. nicht klar ist, woher die Symptome kommen, wenn Angst und Unsicherheit im Raum stehen – sind eine Möglichkeit zur direkten unverstellten Begegnung zwischen Ärztin und Patientin. Es ist ein ärztliches Privileg, dass sich uns Patientinnen bereits im Erstkontakt mit ihren Sorgen anvertrauen. Wir dürfen Patientinnen Fragen stellen, die im normalen Alltagsumgang völlig unmöglich wären. Mit diesem Privileg sorgsam und verantwortlich zum Wohle der Patientin umzugehen, muss gelernt werden. Oft sind sich Ärztinnen nicht bewusst, wie unbedachte missglückte Formulierungen Patientinnen jahrelang begleiten und manchmal negativ wirken. Umgekehrt wissen wir heute, wie heilend und heilungsunterstützend eine gute Arzt-Patient-Bezie-

lung wirken kann und wie wir selbst über unsere Kommunikation mit den Patientinnen maßgeblich zum Heilungsprozess beitragen können.

Dieses Buch ist als Begleitung durch das ganze Studium und für das gesamte ärztliche Berufsleben gedacht. Es soll unterstützen, wenn wir in Situationen kommen, auf die wir nicht vorbereitet sind und die unvermeidbar sind.

Das Buch ist nach den sechs Kompetenzbereichen des NKLM-Kapitels 14c zur Ärztlichen Gesprächsführung gegliedert. Die einzelnen Beiträge beginnen mit einer konkreten Patientengeschichte oder einer Situation aus dem ärztlichen Berufsalltag. Wichtig war es den Autorinnen und Autoren, nicht nur das spezifische Kommunikationswissen, sondern auch die Evidenz und die wissenschaftlichen Befunde zusammenfassend darzustellen. Nach Darstellung der Fallvignette werden daher der Leserin in einer Faktenbox nähere Informationen zum Krankheitsbild bzw. zur behandelten Thematik gegeben. Nach kurzer Einführung in die Thematik finden evidenzbasierte Daten sowie die Darstellung einer gelungenen Arzt-Patient-Kommunikation Berücksichtigung. Anhand einer Patientengeschichte werden jeweils die erforderlichen kommunikativen Inhalte erarbeitet. Konkrete Gesprächsbeispiele und Gesprächsdialoge dienen hierbei der Leserin zur Veranschaulichung. Die Aufbereitung der inhaltlichen Aspekte anhand von Fallvignetten stellen jedoch nur Beispiele dar, wie z. B. das Thema »Umgang mit Unsicherheit« vermittelt werden kann. In einer anderen Fakultät wird dieser spezifische Kommunikationsanlass vielleicht mit einem anderen Patientenbeispiel in einem anderen Fachbereich gelehrt und geprüft. Jedes Kapitel schließt mit einer kurzen Zusammenfassung praxisrelevanter Informationen, sog. Praxistipps, sowie ein oder mehrerer Übungsaufgaben, welche die Autorinnen und Autoren verfasst haben und am Ende des Buches der Leserin zur Überprüfung ihres erworbenen Wissens zur Verfügung stehen. Manche Kommunikationsmodelle, die mittlerweile in fast allen Fakultäten gelehrt werden, wie z. B. das NURSE-Modell zum Umgang mit Emotionen, werden einmal ausführlich dargestellt und erläutert. In den weiteren Beispielen wird dann jeweils auf eine kontextabhängige, unterschiedliche Ausgestaltung eingegangen, sodass die Leserin verstehen kann, dass Modelle immer situationsadaptiert eingesetzt werden müssen. Durch Querweise in den Kapiteln wird jeweils auf die ausführliche Darstellung verwiesen. In den komplexeren Gesprächssituationen für höhere Semester besteht somit die Gelegenheit, Grundlagen zu wiederholen, falls diese nicht mehr präsent sind.

Über 100 Autorinnen und Autoren aus insgesamt 47 Fakultäten und Institutionen sowie aus knapp 30 medizinischen Fachgebieten und gesundheitsnahen Berufsgruppen haben an diesem Buch mitgearbeitet. Ihnen gebührt mein größter Dank. Über alle Fächergrenzen und Disziplinergrenzen hinweg haben sich die Autorinnen und Autoren, die sich häufig vorher nicht kannten, zusammengesetzt, um die medizinischen Inhalte mit den notwendigen Kommunikationskenntnissen zu verbinden. Dadurch sind viele lebhaftige Diskussionen und auch neue Kooperationsprojekte entstanden. Vor allem hat die Zusammenarbeit gezeigt, wie beeindruckend viele Kolleginnen und Kollegen sich trotz des zunehmenden ökonomischen Drucks einer patientenorientierten und menschenwürdigen Medizin verbunden und verpflichtet fühlen.

Ohne die engagierte, sorgfältige und nie nachlassende Geduld von Anna Mutschler wäre dieses Buch nie zustande gekommen. Sie hat mit allen Autorinnen und Autoren die Korrespondenz geführt und unermüdlich alle Linien zusammengeführt. Ihr gebührt mein außerordentlicher Dank für die Konsequenz, mit der sie zur Fertigstellung beigetragen hat.

Mein Dank gilt auch Thure von Uexküll, den ich noch viele Jahre erleben durfte und der mich schon als junge Assistenzärztin unterstützt und ermutigt hat, in der studentischen Ausbildung in allen Fächern der Medizin eine Sichtweise umzusetzen, die in gleicher Weise Seele und Körper beachtet und respektiert.

Dem langjährigen Geschäftsführer des Schattauer Verlags und gutem Freund Wulf Bertram verdanke ich, dass wir dieses Buch, das wir seit vielen Jahren planen und dessen Inhalte uns in vielen Gesprächen immer wieder beschäftigt haben, jetzt endlich in die Tat umgesetzt haben.

Ein herzliches Dankeschön gilt auch allen studentischen Tutorinnen der nationalen Summerschool Kommunikation, die von Kurs zu Kurs zeigen, dass sie mit Begeisterung und Idealismus ihren Kommilitoninnen die Kommunikation mit den Patientinnen vermitteln.

Ich wünsche und hoffe, dass Studierenden und Kolleginnen und Kollegen dieses Buch eine Unterstützung in ihrer herausfordernden und erfüllenden Aufgabe der Begleitung und Behandlung von Patientinnen ist und freue mich gemeinsam mit den Autorinnen über Rückmeldungen und Anregungen, die wir gerne aufgreifen.

August 2018

Prof. Dr. med. Jana Jünger

Autorinnen und Autoren

PD Dr. med. Michael Akbar

Klinik für Orthopädie und Unfallchirurgie
Universitätsklinikum Heidelberg
Zentrum für Wirbelsäulenchirurgie
Schlierbacher Landstr. 200a
69118 Heidelberg
E-Mail: michael.akbar@med.uni-heidelberg.de

Prof. Dr. med. Attila Altiner

Universitätsmedizin Rostock
Institut für Allgemeinmedizin
Postfach 100888
18055 Rostock
E-Mail: altiner@med.uni-rostock.de

Dipl.-Psych. Marina Bartolovic

Universitätsklinikum Heidelberg
Klinik für Allgemeine Psychiatrie
Zentrum für Psychosoziale Medizin
Voßstr. 4
69115 Heidelberg
E-Mail: marina.bartolovic@med.uni-heidelberg.de

Dr. med. Christoph Becker

Universitätsspital Basel
Abt. für Medizinische Kommunikation/Psychosomatik
Klingelbergstr. 23
4031 Basel
E-Mail: christoph.becker@usb.ch

Dr. med. Christina Bergdolt

Universitätsklinikum Heidelberg
Klinik für Orthopädie und Unfallchirurgie
Schlierbacher Landstr. 200a
69118 Heidelberg
E-Mail: christina.kahlert@med.uni-heidelberg.de

Dr. med. Dipl. Psych. Wulf Bertram

Schattauer Verlag/Verlag Klett-Cotta
Rotebühlstraße 77
70178 Stuttgart
E-Mail: w.bertram@klett-cotta.de

Prof. (apl.) Dr. med. Christiane Bieber

Universitätsklinikum Heidelberg
Klinik für Allgemeine Innere Medizin und Psychosomatik
Zentrum für Psychosoziale Medizin
Thibaustr. 4
69115 Heidelberg
E-Mail: christiane.bieber@med.uni-heidelberg.de

Julia Bird

Universitätsklinikum Heidelberg
Unternehmenskommunikation/Pressestelle
Im Neuenheimer Feld 672
69120 Heidelberg
E-Mail: julia.bird@med.uni-heidelberg.de

Dr. med. Christian A. Brünahl

Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf
Institut und Poliklinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie
Martinistr. 52
20246 Hamburg
E-Mail: c.bruehahl@uke.de

Dr. med. Holger Buggenhagen (MME)

Universitätsmedizin Mainz
Zentrale Lehrplattform – Rudolf Frey Lernklinik
Langenbeckstr. 1
55131 Mainz
E-Mail: buggenha@uni-mainz.de

Prof. Dr. med. Rainer Büscher (MME)

Universitätsklinikum Essen
Klinik für Kinderheilkunde II
Hufelandstr. 55
45147 Essen
E-Mail: rainer.buescher@uk-essen.de

Prof. Dr. med. Jean-François Chenot (MPH)

Universitätsmedizin Greifswald
Abteilung Allgemeinmedizin
Institut für Community Medicine
Fleischmannstr. 6
17475 Greifswald
E-Mail: jchenot@uni-greifswald.de

Dipl.-Psych. Nicole Deis

Institut für medizinische und pharmazeutische Prüfungsfragen
Große Langgasse 8
55116 Mainz
E-Mail: ndeis@impp.de

Prof. Dr. phil. Beate Ditzen

Universitätsklinikum Heidelberg
Institut für Medizinische Psychologie
Zentrum für Psychosoziale Medizin
Bergheimer Str. 20
69115 Heidelberg
E-Mail: beate.ditzen@med.uni-heidelberg.de

Dr. med. Nadine Dreimüller (MME)

Universitätsmedizin Mainz
Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie
Untere Zahlbacher Str. 8
55131 Mainz
E-Mail: nadine.dreimueller@unimedizin-mainz.de

Ann-Catrin Druck

Universitätsklinikum Heidelberg
Chirurgische Klinik Abt. Kinderchirurgie
Im Neuenheimer Feld 110
69120 Heidelberg
E-Mail: catrin.druck@gmx.de

Dipl. Soz.-Arb. Marion Duscha

Heidelberger Selbsthilfebüro
Alte Eppelheimer Str. 38
69115 Heidelberg
E-Mail: duscha@selbsthilfe-heidelberg.de

M. Sc. Psych Oliver Evers

Universitätsklinikum Heidelberg
Institut für Psychosoziale Prävention
Bergheimer Str. 54
69115 Heidelberg
E-Mail: oliver.evers@med.uni-heidelberg.de

Christine Faller

Universitätsklinikum Heidelberg
Klinische Pharmakologie und Pharmakoepidemiologie
Kooperationseinheit Klinische Pharmazie
Im Neuenheimer Feld 410
69120 Heidelberg
E-Mail: christine.faller@med.uni-heidelberg.de

Dr. med. Folkert Fehr

Gemeinschaftspraxis Dr. Folkert Fehr & Dr. Jan Buschmann
Karlsplatz 5
74889 Sinsheim
E-Mail: folkert.fehr@t-online.de

Dr. med. Gregor Feldmeier

Institut für Allgemeinmedizin
Universitätsmedizin Rostock
Postfach 100888
18055 Rostock
E-Mail: gregor.feldmeier@med.uni-rostock.de

Dr. med. Astrid Fink

Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg
Medizinische Fakultät
Institut für Medizinische Soziologie
Magdeburger Str. 8
06112 Halle (Saale)
E-Mail: astrid.fink@medizin.uni-halle.de

Dr. rer. physiol. Dipl.-Psych. Sabine Fischbeck (MME)

Universitätsmedizin Mainz
Klinik und Poliklinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie
Schwerpunkt Medizinische Psychologie und Medizinische Soziologie
Saarstr. 21
55099 Mainz
E-Mail: fischbec@uni-mainz.de

Dr. med. Susanne Frankenhauser (MME)

Berufsgenossenschaftliche Unfallklinik Ludwigshafen
Centrum für interdisziplinäre Rettungs- und Notfallmedizin
Ludwig-Guttman-Str. 13
67071 Ludwigshafen
E-Mail: susanne.frankenhauser@bgu-ludwigshafen.de

Maryna Gornostayeva

Institut für medizinische und pharmazeutische Prüfungsfragen
Große Langgasse 8
55116 Mainz
E-Mail: mgornostayeva@impp.de

Diplom-Pflegepädagoge Burkhard Götsch

Akademie für Gesundheitsberufe Heidelberg
Leiter Gesundheits- und Krankenpflegeschule
Wieblinger Weg 19
69123 Heidelberg
E-Mail: burkhard.goetsch@med.uni-heidelberg.de

Ao. Univ.-Prof. Dr. med. Matthäus Ch. Grasl (MME)

Medizinische Universität Wien
Universitätsklinik für Hals-Nasen- und Ohrenkrankheiten
Währinger Gürtel 18 – 20
1090 Wien
E-Mail: matthaeus.grasl@meduniwien.ac.at

Dr. med. Leyla Güzelsoy

Klinikum Nürnberg
Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie
Psychosomatischer Konsiliar- und Liaisondienst
Paracelsus Medizinische Privatuniversität
Prof.-Ernst-Nathan-Str. 1
90419 Nürnberg
E-Mail: leyla.froehlich-guezelsoy@klinikum-nuernberg.de

Prof. Dr. med. Walter Emil Haefeli

Klinische Pharmakologie und Pharmakoepidemiologie
Universitätsklinikum Heidelberg
Im Neuenheimer Feld 410
69120 Heidelberg
E-Mail: walter-emil.haefeli@med.uni-heidelberg.de

PD Dr. med. Sybille Häfner

Universitätsklinikum Heidelberg
Klinik für Allgemeine Psychiatrie
Voßstr. 4
69115 Heidelberg
E-Mail: sibylle.haefner@med.uni-heidelberg.de

Prof. Dr. med. Dr. rer. nat. Ernil Hansen

Universitätsklinikum Regensburg
Klinik für Anästhesiologie
Franz-Josef-Strauß-Allee 11
93042 Regensburg
E-Mail: ernil.hansen@ukr.de

Prof. Dr. med. Dr. phil. Martin Härter

Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf
Institut und Poliklinik für Medizinische Psychologie
Zentrum für Psychosoziale Medizin
Martinistr. 52 – W 26
20246 Hamburg
E-Mail: m.haerter@uke.uni-hamburg.de

Prof. Dr. med. Steffen Heide (MME)

Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg
Institut für Rechtsmedizin
Franzosenweg 1
06221 Halle (Saale)
E-Mail: steffen.heide@uk-halle.de

Prof. Dr. med. Markus Herrmann (MPH) M.A.

Otto-von-Guericke-Universität Magdeburg
Institut für Allgemeinmedizin
Leipziger Str. 44
39120 Magdeburg
E-Mail: markus.herrmann@med.ovgu.de

Dr. med. Anne Herrmann-Werner (MME)

Universitätsklinikum Tübingen
Medizinische Klinik
Psychosomatische Medizin und Psychotherapie
Osianderstr. 5
72076 Tübingen
E-Mail: anne.herrmann-werner@med.uni-tuebingen.de

Dr. med. Pia Heußner

Klinikum der Universität München
Medizinische Klinik und Poliklinik III
Interdisziplinäres Zentrum für Psycho-Onkologie
Marchioninstr. 15
81377 München
E-Mail: pia.heussner@med.uni-muenchen.de

Dr. med. Jochen Heymanns

Praxisklinik für Hämatologie und Onkologie Koblenz
Neversstr. 5
56068 Koblenz
E-Mail: heymanns@onkologie-koblenz.de

Dr. phil. Dipl.-Psych. Barbara Hinding

Institut für medizinische und pharmazeutische Prüfungsfragen
Große Langgasse 8
55116 Mainz
E-Mail: bhinding@impp.de

M.Ed. Jana Hinneburg

Max-Planck-Institut für Bildungsforschung
Harding-Zentrum für Risikokompetenz
Lentzeallee 94
14195 Berlin
E-Mail: hinneburg@mpib-berlin.mpg.de

Mag. Dr. Birgit Hladschik-Kermer (MME)

Medizinische Universität Wien
Abt. für Medizinische Psychologie
Kinderspitalgasse 15/0
1090 Wien
E-Mail: birgit.hladschik-kermer@meduniwien.ac.at

Dr. med. Achim Hochlehnert

Universitätsklinikum Heidelberg
Klinik für Allgemeine Innere Medizin und Psychosomatik
Im Neuenheimer Feld 410
69120 Heidelberg
E-Mail: achim.hochlehnert@med.uni-heidelberg.de

Dr. sc. (ETH) M. A. Susanne Hoffmann

Institut für Patientensicherheit
Sigmund-Freud-Str. 25
53127 Bonn
E-Mail: susanne.hoffmann@gmx.ch

Dr. Dipl.-Psych. Klaus Hönig

Universitätsklinikum Ulm
Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie
Albert-Einstein-Allee 23
89081 Ulm
E-Mail: klaus.hoenig@uniklinik-ulm.de

Prof. Dr. Sabina Hunziker Schütz

Universitätsspital Basel
Klinik für Innere Medizin
Abt. für Medizinische Kommunikation/ Psychosomatik
Klingelbergstr. 23
4031 Basel
E-Mail: sabina.hunziker@usb.ch

Dr. Birgit Jaspers

Universitätsklinikum Bonn
Klinik für Palliativmedizin
Sigmund-Freud-Str. 25
53127 Bonn
E-Mail: birgit.jaspers@malteser.org

Dr. med. Haang Jeung-Maarse

Universitätsklinikum Heidelberg
Klinik für Allgemeine Psychiatrie
Zentrum für Psychosoziale Medizin
Voßstr. 4
69115 Heidelberg
E-Mail: haang.jeung-maarse@med.uni-heidelberg.de

Ansgar Jonietz

»Was hab' ich?« gemeinnützige GmbH
Theaterstr. 4
01067 Dresden
E-Mail: ansgar.jonietz@washabich.de

Prof. Dr. med. Jana Jünger (MME)

Institut für medizinische und pharmazeutische Prüfungsfragen
Große Langgasse 8
55116 Mainz
E-Mail: jjuenger@impp.de

Dr. med. André Karger (MME)

Universitätsklinikum Düsseldorf
Klinisches Institut für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie
Moorenstr. 5
40225 Düsseldorf
E-Mail: andre.karger@med.uni-duesseldorf.de

Dr. med. Katharina Keifenheim

Universitätsmedizin Tübingen
Medizinische Klinik
Psychosomatische Medizin und Psychotherapie
Oslanderstr. 5
72076 Tübingen
E-Mail: katharina.keifenheim@med.uni-tuebingen.de

Theresa Kenngott

Universitätsklinikum Heidelberg
Klinik für Allgemein-, Viszeral- und Transplantationschirurgie
Im Neuenheimer Feld 110
69120 Heidelberg
E-Mail: theresa.kenngott@med.uni-heidelberg.de

Prof. Dr. med. David Klemperer

Ostbayerische Technische Hochschule Regensburg
Fakultät für angewandte Sozial- und Gesundheitswissenschaften
Seybothstr. 2
93053 Regensburg
E-Mail: david.klemperer@oth-regensburg.de

Dr. med. Cora Koch

Universitätsmedizin Mainz
Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie
Untere Zahlbacher Str. 8
55131 Mainz
E-Mail: cora.m.koch@gmail.com

Prof. Dr. med. Wolfgang Kölfen

Städtische Kliniken Mönchengladbach
Zentrum für Kinder- und Jugendmedizin
Hubertusstr. 100
41239 Mönchengladbach
E-Mail: wolfgang.koelfen@sk-mg.de

Prof. Dr. med. Volker Köllner

Reha-Zentrum Seehof der Deutschen Rentenversicherung Bund
Abt. für Verhaltenstherapie und Psychosomatik
Lichterfelder Allee 55
14513 Teltow
E-Mail: koellner@charite.de

Nadja Komm

Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen IQTIG
Katharina-Heinroth-Ufer 1
10787 Berlin
E-Mail: nadja.komm@iqtig.org

Prof. Dr. med. Johannes Kruse

Universitätsklinikum Gießen
Klinik für Psychosomatik und Psychotherapie
Friedrichstr. 33
35392 Gießen
E-Mail: johannes.kruse@psycho.med.uni-giessen.de

Marcel Kusch

Universitätsklinikum Heidelberg
Klinische Pharmakologie und Pharmakoepidemiologie
Kooperationseinheit Klinische Pharmazie
Im Neuenheimer Feld 410
69120 Heidelberg
E-Mail: marcel.kusch@med.uni-heidelberg.de

Dr. med. Eike Langheim

Reha-Zentrum Seehof der Deutschen Rentenversicherung Bund
Abt. Innere Medizin, Kardiologie, Sozialmedizin, Rehabilitationswesen
Lichterfelder Allee 55
14513 Teltow
E-Mail: dr.med.eike.langheim@drv-bund.de

Univ.-Prof. Dr. med. Hedda Lausberg

Deutsche Sporthochschule Köln
Psychosomatische Medizin und Psychiatrie
Abt. für Neurologie, Psychosomatik und Psychiatrie
Am Sportpark Müngersdorf 6
50933 Köln
E-Mail: h.lausberg@dshs-koeln.de

Dr. med. Christine Lenz

Lehrbeauftragte am Klinikum der Universität München
Institut für Allgemeinmedizin
Allgemeinarztpraxis Dr. med. Christine Lenz und Dr. med. Andreas Lenz
Alpenstr. 29
82538 Geretsried
E-Mail: christinelenz@praxislenz.de

Prof. Dr. med. Klaus Lieb

Universitätsmedizin Mainz
Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie
Untere Zahlbacher Str. 8
55131 Mainz
E-Mail: klaus.lieb@unimedizin-mainz.de

Dipl.-Psych. Maike Linke (MME)

Technische Universität Dresden
Medizinische Fakultät Carl Gustav Carus
Psychosoziale Medizin und Entwicklungsneurowissenschaften
Fetscherstr. 74
01307 Dresden
E-Mail: maike.linke@tu-dresden.de

Dr. rer. pol. Christin Löffler

Universitätsmedizin Rostock
Institut für Allgemeinmedizin
Postfach 100888
18055 Rostock
E-Mail: christin.loeffler@med.uni-rostock.de

Dr. phil. M. A. klin. ling. Christiane Lücking

Hochschule Fresenius
Fachbereich Gesundheit und Soziales
Lilienstr. 5 – 9
20095 Hamburg
E-Mail: christiane.luecking@hs-fresenius.de

M. Sc. Psych Julia Mahal

Universitätsklinikum Heidelberg
Institut für Medizinische Psychologie
Zentrum für Psychosoziale Medizin
Bergheimer Str. 20
69115 Heidelberg
E-Mail: julia.mahal@med.uni-heidelberg.de

Dr. med. Annette Maleika

GRN-Klinik Schwetzingen
Bodelschwinghstr. 10
68723 Schwetzingen
E-Mail: annette.maleika@grn2.de

Prof. Dr. phil. Tanja Manser

Fachhochschule Nordwestschweiz
Hochschule für Angewandte Psychologie FHNW
Riggenbachstr. 16
4600 Olten
E-Mail: tanja.manser@fhnw.ch

M.A. Olaf Martin

Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg
Institut für Medizinische Soziologie
Magdeburger Str. 8
06112 Halle (Saale)
E-Mail: olaf.martin@medizin.uni-halle.de

Dr. med. Hannah Sophie May

Ruprechts-Karls Universität Heidelberg
Medizinische Fakultät
Im Neuenheimer Feld 346
69120 Heidelberg
E-Mail: hannahsophiemay@gmail.com

Dr. med. Stefanie Merse (MME)

Universitätsklinikum Essen
Klinik für Infektologie
Projektleitung
Modellprojekt Empathische-Interkulturelle-Arzt-Patienten-Kommunikation
(EI-AP-K)
Hufelandstr. 55
45147 Essen
E-Mail: stefanie.merse@uk-essen.de

PD Dr. med. André L. Mihaljevic

Universitätsklinikum Heidelberg
Klinik für Allgemein-, Viszeral- und Transplantationschirurgie
Im Neuenheimer Feld 110
69120 Heidelberg
E-Mail: mihaljevic@uni-heidelberg.de

Kerstin Mörsch

Deutsche Aidshilfe e. V.
Abt. Schwule, MSM und Leben mit HIV
Wilhelmstr. 138
10963 Berlin
E-Mail: kerstin.moersch@dah.aidshilfe.de

Dipl.-Psych. Claudia Mück

Klinikum der Universität München
Medizinische Klinik und Poliklinik III
Familiensprechstunde der Psycho-Onkologie
Marchioninstr. 15
81377 München
E-Mail: claudia.mueck@med.uni-muenchen.de

Dr. med. Friederike Mumm

Klinikum der Universität München
Medizinische Klinik und Poliklinik III
Interdisziplinäres Zentrum für Psycho-Onkologie
Marchioninstr. 15
81377 München
E-Mail: friederike.mumm@med.uni-muenchen.de

Dipl.-Päd. Anna Mutschler

Institut für Kommunikations- und Prüfungsforschung
Wieblinger Weg 92a
69123 Heidelberg
E-Mail: a.mutschler@cares.institute

Univ.-Prof. Dr. Dr. med. habil. Dr. phil. Dr. theol. h. c. Eckhard Nagel

Institut für Medizinmanagement und Gesundheitswissenschaften
Universität Bayreuth
Prieserstraße 2
95444 Bayreuth
E-Mail: eckhard.nagel@uni-bayreuth.de

Dr. med. Ulrike Necknig (MME)

Klinikum Garmisch-Partenkirchen GmbH
Abt. für Urologie und Kinderurologie
Auenstr. 6
82467 Garmisch-Partenkirchen
E-Mail: ulrike.necknig@klinikum-gap.de

M.A. Alexandra Núñez

Institut für Kommunikations- und Prüfungsforschung
Wieblinger Weg 92a
69123 Heidelberg
E-Mail: a.nunez@cares.institute

M. Sc. Psych. Samia Peltzer

Universitätsklinikum Köln
Klinik und Poliklinik für Psychosomatik und Psychotherapie
Kerpener Str. 62
50937 Köln
E-Mail: samia.peltzer@uk-koeln.de

M. A. Frank Peusquens

Universitätsklinikum Bonn
Klinik für Palliativmedizin
Sigmund-Freud-Str. 25
Gebäude 66
53127 Bonn
E-Mail: frank.peusquens@ukbonn.de

Prof. Dr. med. Lukas Radbruch

Universitätsklinikum Bonn
Klinik für Palliativmedizin
Sigmund-Freud-Str. 25
Gebäude 66
53127 Bonn
E-Mail: lukas.radbruch@ukb.uni-bonn.de

cand. med. Marcel Rarek

Universitätsklinikum Köln
Klinik und Poliklinik für Psychosomatik und Psychotherapie
Kerpener Str. 62
50937 Köln
E-Mail: marcel.rarek@web.de

Dr. sc. hum. M. Sc. Psych. Isabelle Rek

Universitätsklinikum Heidelberg
Klinik für Allgemeine Psychiatrie
Zentrum für Psychosoziale Medizin
Thibautstr. 6
69115 Heidelberg
E-Mail: isabelle.rek@med.uni-heidelberg.de

Prof. (apl) Dr. med. Daniela Roesch-Ely

Universitätsklinikum Heidelberg
Klinik für Allgemeine Psychiatrie
Zentrum für Psychosoziale Medizin
Voßstr. 4
69115 Heidelberg
E-Mail: daniela.roesch-ely@med.uni-heidelberg.de

Armin Schafberger

Deutsche Aidshilfe e. V.
Abt. Medizin und Beratung
Wilhelmstr. 138
10963 Berlin
E-Mail: armin.schafberger@dah.aidshilfe.de

Prof. Dr. med. Jörg Schelling

Klinikum der Universität München
Institut für Allgemeinmedizin
Pettenkoferstr. 8 a
80336 München
E-Mail: joerg.schelling@med.uni-muenchen.de

Prof. Dr. med. Martin Scherer

Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf
Institut für Allgemeinmedizin
Martinistr. 52
20246 Hamburg
E-Mail: m.scherer@uke.de

Dr. med. Gerhard Schillinger

AOK-Bundesverband
Rosenthaler Str. 31
10178 Berlin
E-Mail: gerhard.schillinger@bv.aok.de

Prof. Dr. med. Marcus Schiltewolf

Universitätsklinikum Heidelberg
Klinik für Orthopädie und Unfallchirurgie
Schlierbacher Landstr. 200a
69118 Heidelberg
E-Mail: marcus.schiltewolf@med.uni-heidelberg.de

Prof. Dr. med. Gerhard Schmidmaier

Universitätsklinikum Heidelberg
Klinik für Orthopädie und Unfallchirurgie
Schlierbacher Landstr. 200a
69118 Heidelberg
E-Mail: gerhard.schmidmaier@med.uni-heidelberg.de

PD Dr. sc. hum. Hanna Seidling

Klinische Pharmakologie und Pharmakoepidemiologie
Universitätsklinikum Heidelberg
Im Neuenheimer Feld 410
69120 Heidelberg
E-Mail: hanna.seidling@med.uni-heidelberg.de

Prof. Dr. med. Jost Steinhäuser

Universitätsklinikum Schleswig-Holstein
Institut für Allgemeinmedizin
Ratzeburger Allee 160
23583 Lübeck
E-Mail: jost.steinhaeuser@uksh.de

Kai-Uwe R. Strelow

Universitätsmedizin Mainz
Zentrale Lehrplattform – Rudolf Frey Lernklinik
Langenbeckstr. 1
55131 Mainz
E-Mail: kai-uwe.strelow@uni-mainz.de

Steffen Taubert

Deutsche Aidshilfe e. V.
Abt. Medizin und Beratung
Wilhelmstr. 138
10963 Berlin
E-Mail: steffen.taubert@dah.aidshilfe.de

Prof. Dr. phil. Svenja Taubner

Universitätsklinikum Heidelberg
Institut für Psychosoziale Prävention
Bergheimer Str. 54
69115 Heidelberg
E-Mail: svenja.taubner@med.uni-heidelberg.de

Dr. med. Dipl. Psych. Harald Tegtmeyer

Kemptener Str. 28
88131 Lindau
E-Mail: dr.harald.tegtmeyer@t-online.de

Dr. phil. Anne Toussaint

Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf
Institut und Poliklinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie
Martinistr. 52
20246 Hamburg
E-Mail: a.toussaint@uke.de

Birgit Trierweiler-Hauke

Universitätsklinikum Heidelberg
Klinik für Allgemein-, Viszeral- und Transplantationschirurgie
Im Neuenheimer Feld 110
69120 Heidelberg
E-Mail: birgit.trierweiler-hauke@med.uni-heidelberg.de

Dr. med. Matthias Villalobos

Universitätsklinikum Heidelberg
Thoraxklinik Heidelberg
Röntgenstr. 1
69126 Heidelberg
E-Mail: matthias.villalobos@med.uni-heidelberg.de

Dr. med. Frank Vitinius

Universitätsklinikum Köln
Klinik und Poliklinik für Psychosomatik und Psychotherapie
Kerpener Str. 62
50937 Köln
E-Mail: frank.vitinius@uk-koeln.de

Prof. Dr. med. Christiane Waller

Klinikum Nürnberg
Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie
Paracelsus Medizinische Privatuniversität
Prof.-Ernst-Nathan-Str. 1
90419 Nürnberg
E-Mail: christiane.waller@klinikum-nuernberg.de

Jürgen Walther

Universitätsklinikum Heidelberg
Nationales Centrum für Tumorerkrankungen Heidelberg
Im Neuenheimer Feld 672
69120 Heidelberg
E-Mail: juergen.walther@med.uni-heidelberg.de

Priv.-Doz. Dr. rer. nat. Dipl. psych. Odette Wegwarth

Max-Planck-Institut für Bildungsforschung
Harding-Zentrum für Risikokompetenz
Lentzeallee 94
14195 Berlin
E-Mail: wegwarth@mpib-berlin.mpg.de

Dipl.-Psych. Katja Welsch

Universitätsklinikum des Saarlandes
Zentrum für Palliativmedizin und Kinderschmerztherapie
66421 Homburg
E-Mail: katja.welsch@uks.eu

Dr. Swantje Wienand

Klinikum Links der Weser
Gesundheit Nord GmbH
Senator-Weßling-Str. 1
28277 Bremen
E-Mail: swantje.wienand@gesundheitnord.de

Prof. Dr. med. Dr. phil. Eva Winkler

Universitätsklinikum Heidelberg
Nationales Centrum für Tumorerkrankungen Heidelberg
Abt. Medizinische Onkologie
Im Neuenheimer Feld 460
69120 Heidelberg
E-Mail: eva.winkler@med.uni-heidelberg.de

Prof. (apl.) Dr. sc. hum. Dipl.-Psych. Tewes Wischmann

Universitätsklinikum Heidelberg
Institut für Medizinische Psychologie
Bergheimer Str. 20
69115 Heidelberg
E-Mail: tewes.wischmann@med.uni-heidelberg.de

Dr. phil. Anja Wollny

Universitätsmedizin Rostock
Institut für Allgemeinmedizin
Postfach 100888
18055 Rostock
E-Mail: anja.wollny@med.uni-rostock.de

Dr. phil. Dipl.-Psych. Alexander Wünsch (MME)

Universitätsklinikum Freiburg
Psychosoziale Krebsberatung Freiburg
Tumorzentrum Freiburg – CCCF in Kooperation mit der Klinik für
Psychosomatische Medizin und Psychotherapie
Hauptstr. 5a
79104 Freiburg
E-Mail: alexander.wuensch@uniklinik-freiburg.de

Prof. Dr. med. Stephan Zipfel

Universitätsklinikum Tübingen
Medizinische Klinik
Psychosomatische Medizin und Psychotherapie
Oslanderstr. 5
72076 Tübingen
E-Mail: stephan.zipfel@med.uni-tuebingen.de

Dr. med. Brigitte Zrenner

Universitätsklinikum Tübingen
Neurologische Universitätsklinik
Hoppe-Seyler-Str. 3
72076 Tübingen
E-Mail: brigitte.zrenner@med.uni-tuebingen.de

Inhalt

I	Konzepte, Modelle und allgemeine Grundlagen	1
1	Grundlagen	3
1.1	Kommunikation hat viele Facetten	3
	Theoretische Grundlagen der ärztlichen Kommunikation	
1.2	Zuhören will gelernt sein	11
	Spezifische Grundlagen der ärztlichen Kommunikation	
1.3	Das wird schon wieder	19
	Biopsychosoziales Krankheitsmodell	
1.4	Das sticht jetzt mal kurz!	28
	Subjektive Einflüsse auf die Arzt-Patienten-Kommunikation	
1.5	Wir können gemeinsam klären, wie wir weiter vorgehen	34
	Kommunikationsmodelle (und deren Auswirkungen)	
1.6	Gut kommunizieren? Es lohnt sich!	41
	Auswirkungen der Arzt-Patienten-Kommunikation	
II	Fertigkeiten und Aufgaben der ärztlichen Kommunikation	51
2	Aufbau und Erhalt der Arzt-Patient-Beziehung	53
2.1	Die Patientenperspektive im Blick!	53
	Patientenperspektive berücksichtigen und Informationen sammeln	
2.2	Die psychosoziale Dimension einer Erkrankung ist wichtig	61
	Berücksichtigung psychosozialer und demografischer Aspekte einer Erkrankung	
2.3	Selbstberührungen und andere nonverbale Zeichen im ärztlichen Gespräch	64
	Non-, para- und verbale Kommunikationsaspekte	
2.4	Wie verkraften Sie das alles?	70
	Umgang mit Emotionen	
2.5	Feedback geben will gelernt sein	79
	Konstruktives Feedback	
2.6	Durch Untersuchen begreifen!	85
	Kommunikation und körperliche Untersuchung	

2.7	Wollen wir das gemeinsam entscheiden?	91
	Partizipative Entscheidungsfindung	
2.8	Ich weiß selber, was mir fehlt!	105
	Subjektive und ärztliche Krankheitstheorien	
2.9	Armut durch Krankheit?	111
	Unterstützungsangebot	
2.10	Warnhinweise ernst nehmen: yellow flags und red flags	116
	Ressourcenaktivierende Gesprächsführung	
3	Gesprächsstrukturierung	122
3.1	Struktur hilft!	122
	Zeitmanagement, Gesprächs-Agenda, Techniken und Steuerung	
4	Gesprächseröffnung und Setting	130
4.1	Guten Tag, ich bin Ihre Ärztin	130
	Begrüßung und Gesprächseröffnung	
5	Anamnese und Informationssammlung	134
5.1	Wo genau sitzt denn der Schmerz?	134
	Anamnese: Krankheit, Vegetativum, System, Familie, Psychosoziales, Medikamente, Entwicklung und Verhalten	
5.2	Das ist mir jetzt aber peinlich	142
	Sexualanamnese	
5.3	Darüber redet man(n) doch nicht	149
	Sexualanamnese	
5.4	Faktensammeln im Notfall	152
	Notfallanamnese	
6	Informationsvermittlung und Diagnosemitteilung	158
6.1	Let's talk about Sex!	158
	Aufklärung, Beratung, Diagnosemitteilung und Verständnissicherung	
7	Gestaltung von Entscheidungsprozessen	170
7.1	Dann ging alles ganz schnell ... – Entscheidungen im Grenzbereich	170
	Zuständigkeiten in Entscheidungsprozessen	
7.2	Interessenskonflikte besser vermeiden	175
	Behandlungsoptionen, Gesundheitspolitik und -Ökonomie	
7.3	Heikle Themen nicht vermeiden	181
	Patientenbeteiligung in Entscheidungsprozessen	

7.4	Was sagt Ihr Herz, was Ihr Verstand?	187
	Entscheidungsfindung und sozialer Kontext	
7.5	Soll ich die Untersuchung machen lassen?	191
	Gesundheitspolitische und -ökonomische Einflussfaktoren	
8	Gesprächsabschluss und Diagnostik/Therapieplanung	196
8.1	Ihre Behandlung entscheiden wir gemeinsam	196
	Diagnostik- und Behandlungsplanung	
8.2	Wenn wir uns nächste Woche sehen, dann	202
	Gesprächsabschluss	
9	Gesprächsaufgaben	206
9.1	Ihr Angehöriger ist bei uns in guten Händen	206
	Fremdanamnese	
9.2	Im Teufelskreis der Angst	209
	Diagnosemitteilung und Beratung	
9.3	Bei Risiken und Nebenwirkungen fragen Sie	218
	Arzneimittel- und Rezeptberatung	
9.4	Gute Aufklärung gehört zur Operation dazu!	225
	Aufklärungsgespräch	
9.5	TEAM – Together Everyone Achieves More	229
	Visite	
9.6	Endlich nach Hause!	235
	Entlassgespräch	
9.7	Ein wichtiger Teil der Praxis	240
	Hausbesuch	
9.8	Leben an der Maschine? Das möchte ich nicht?!	243
	Patientenverfügung	
9.9	Gemeinsam helfen wir uns selbst!	251
	Unterstützung durch Selbsthilfegruppen	
III	Emotional herausfordernde Situationen	259
10	Umgang mit Emotionen und Störungen der Kommunikation	261
10.1	Sich einfühlen will gelernt sein	261
	Unterschiede der Emotionsbewältigung, Umgang mit eigenen Emotionen	
10.2	Wenn Reden keine Lösung bringt!?	266
	Erkennen und Einordnen von Konflikten	

11	Umgang mit sensiblen Themenfeldern	272
11.1	Eine sichere Gesprächssituation ist das A und O	272
	Häusliche Gewalt, Kindeswohlgefährdung, Misshandlung und sexueller Missbrauch	
11.2	Bitte keinen »Nebel« verbreiten!	279
	Gespräche mit Sorgeberechtigten und Bezugspersonen	
11.3	Wie sag ich's einem Kinde?	289
	Gesprächsführung mit Kindern	
11.4	Leider habe ich keine gute Nachricht für Sie	293
	Überbringen schlechter Nachrichten	
11.5	Was höre ich zwischen den Zeilen?	302
	Supportive Intervention bei Schwerkranken	
11.6	Dabei hab' ich niemandem was getan	312
	Fremdgefährdung	
11.7	Das Leben macht keinen Sinn mehr	319
	Suizidalität	
11.8	Es gibt nichts Besseres, als ein Lob von ganz oben	327
	Ansprechen von psychosozialen, soziodemographischen, arbeitsplatzbezogenen Konflikten	
11.9	Wie lange werde ich noch hier sein?	332
	Kommunikation im Kontext von Sterben und Tod, Trauerberatung	
11.10	Wer zahlt, wenn es nichts nützt?	338
	Leistungen und Kosten	
12	Umgang mit Ungewissheit	343
12.1	Gemeinsam entscheiden – aber was ist wirklich richtig?	343
	Kommunikation von Unsicherheit	
13	Umgang mit Fehlern	349
13.1	Wenn es nicht gelaufen ist, wie es laufen sollte	349
	Umgang mit eigenen Fehlern, Fehlerkommunikation	
IV	Herausfordernde Kontexte	355
14	Kommunikationsstrategien	357
14.1	Mir schmeckt's halt so gut	357
	Gesprächsführung mit nicht-adhärenenten Patientinnen	

14.2	Wenn die Katastrophe tatsächlich passiert	361
	Krisenintervention	
15	Risikokommunikation und Aufklärung	366
15.1	Glaube keiner Statistik – oder doch?	366
	Vor- bzw. Nachteile einer Diagnostik/Therapie, Konsequenzen bei Verzicht	
15.2	Das darf nicht wahr sein	379
	Urteilsbildung und Entscheidungsfindung bei Ungewissheit	
16	Gesundheitsrelevante Verhaltensweisen	390
16.1	Der Check-up bringt es an den Tag	390
	Ressourcenaktivierende Gesprächsführung, Beratung zu Verhaltens- und Lebensstilveränderung	
17	Mehrpersonen-Setting	401
17.1	Die Rolle der Angehörigen	401
	Gespräche mit Bezugspersonen und ihre Einflussfaktoren	
V	Soziodemografische und sozioökonomische Einflussfaktoren	415
18	Alters- und gendergerechte Kommunikation	417
18.1	Weniger ist manchmal mehr	417
	Anpassung an das Sprachverständnis, Gendersensible Kommunikation	
18.2	Was du schon alles kannst!	425
	Entwicklungs- und altersbezogene Kommunikation	
19	Soziokulturelle Vielfalt	432
19.1	Und wie sehen Sie das?	432
	Differenzierung und Reflexion von Wert- und Normsystemen	
19.2	Ach naja, Sie wissen schon	437
	Schamgrenzen	
19.3	Das kenne ich schon – ist ja immer so	444
	Gesellschaftliche Stigmatisierungsprozesse, soziokulturelle Diversität	
19.4	Andere Länder, andere Sitten ... erkennen, verstehen und deuten ..	451
	Kultursensible Kommunikation	

20	Umgang mit sprachlichen Barrieren	461
20.1	Werde ich als Ärztin überhaupt verstanden?	461
	Anpassung an individuelle Sprachniveaus und Anwendung von verständnissichernden Maßnahmen	
20.2	Wer hilft, wenn wir uns nicht verständigen können?	472
	Einsatz von professionellen und nicht-professionellen Dolmetscherinnen im klinisch-praktischen Kontext	
21	Umgang mit eingeschränkter Wahrnehmung und Kommunikationsfähigkeit	488
21.1	Mit Gebärden, Lippenlesen und Händen	488
	Berücksichtigung der Wahrnehmungs- und Kommunikationsstörung, Maßnahmen der »unterstützten Kommunikation«, Nutzung alternativer Kommunikationskanäle, Einbezug professioneller Unterstützung, Trennen von Interaktion und Kommunikation	
VI	Andere mediale Kanäle und Settings	495
22	Mündliche Kommunikation	497
22.1	Damit keine Information verloren geht	497
	Mündliche oder telefonische Übergabe an ärztliche Kolleginnen	
22.2	Was müssen die anderen wissen?	506
	Mündliche oder telefonische Übergabe an Angehörige anderer Gesundheitsberufe	
22.3	Kurz und knackig	513
	Patientenvorstellung	
22.4	Tücken des Telefonats	518
	Ärztliche Gesprächsführung am Telefon	
23	Schriftliche Kommunikation	522
23.1	Was muss denn da alles rein?	522
	Patientenberichte	
23.2	Die Checkliste ist schon der halbe Bericht	531
	Patientenberichte	
23.3	Was hab' ich denn nun?	538
	Patientenberichte	
23.4	Rezeptschreibung – gibt es dafür auch ein Kochbuch?	543
	Rezepte	

23.5	Was soll ich denn jetzt reinschreiben?	547
	Todesbescheinigungen	
23.6	Eine Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung bei psychischen Beschwerden ausstellen	552
	Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung	
24	Medizinische Informationstechnologie	565
24.1	Wie funktioniert die elektronische Patientenakte?	565
	Klinische Informationssysteme und Patientendaten, Elektronische Patientenakten	
24.2	Entfernungen überbrücken	570
	Telemedizin	
25	Kommunikation in der Öffentlichkeit	576
25.1	Medizin im Rampenlicht	576
	Öffentlichkeitsarbeit	
	Übungsaufgaben und Bewertungsbögen	583
	Übungsaufgaben	585
	Sammlung Bewertungsbögen	641
	Sachverzeichnis	681

I Konzepte, Modelle und allgemeine Grundlagen

Eine gelungene Arzt-Patient-Beziehung nimmt eine wesentliche Bedeutung im ärztlichen Berufsalltag sowie in der Gesundheitsversorgung ein. In diesem Kapitel werden die Grundlagen der ärztlichen Gesprächsführung geschaffen sowie unterschiedliche Konzepte und Modelle vorgestellt, anhand derer das eigene kommunikative ärztliche Handeln reflektiert und begründet werden kann.

1 Grundlagen

1.1 Kommunikation hat viele Facetten

Theoretische Grundlagen der ärztlichen Kommunikation

Tewes Wischmann, Julia Mahal, Beate Ditzen

Lernziel nach NKLM 14c

1.1.1 Allgemeine theoretische Grundlagen der ärztlichen Kommunikation erklären

Fallvignette

Herr und Frau Müller, 31 bzw. 27 Jahre alt, verheiratet seit vier Jahren, haben vor einem Jahr die Verhütung abgesetzt und versuchen, ein Kind zu bekommen – bislang erfolglos. Vor einem Vierteljahr ließ sich Frau Müller von Ihnen als ihrer Frauenärztin aus diesem Grund untersuchen. Sie haben keine auffälligen Befunde erkannt und eine Spermiogramm-erstellung bei Herrn Müller empfohlen. Frau Müller wiegt allerdings 71 kg bei einer Körpergröße von 1,56 m, was einen BMI von 29 ergibt. Damit gilt sie als übergewichtig, aber noch nicht als adipös. Sie haben ihr damals zur Gewichtsabnahme geraten, da das hormonelle Gleichgewicht durch einen zu hohen Körperfettanteil ungünstig verschoben und die Chance eines Schwangerschaftseintritts dadurch verringert wird.

Ihre medizinische Fachangestellte informiert Sie, dass Frau Müller für heute einen Termin vereinbart hat und verzweifelt wirkte, da sie immer noch nicht schwanger sei. Sie haben die Patientin kurz im Wartezimmer gesehen. Auf den ersten Blick wirkte sie noch etwas fülliger als beim letzten Treffen und sie wich Ihrem Blickkontakt aus. Herr Müller begleitet seine Frau, ist allerdings nach draußen gegangen, um eine Zigarette zu rauchen. Sie rufen Frau Müller in Ihr Sprechzimmer.

[► NKLM-Kapitel 20: Kinderwunsch (20.53)]

Informationen zum Krankheitsbild

Hintergrund: Von unerfülltem Kinderwunsch (Infertilität) wird gesprochen, wenn eine Frau trotz regelmäßigen ungeschützten Geschlechtsverkehrs mit dem Partner nach einem Jahr noch nicht schwanger geworden ist. Wenn sowohl gynäkologische als auch urologische Untersuchungen keine erklärenden Befunde erbringen können, wird von idiopathischer Infertilität gesprochen [5].

Trotz regelmäßigen Verkehrs an den fruchtbaren Tagen seit einem Jahr ist beim Paar Müller keine Schwangerschaft eingetreten, weshalb dieses sich bei Frau Müllers Frauenärztin beraten lässt. Bislang wurde beim Paar noch keine Ursache für den unerfüllten Kinderwunsch gefunden.

[► NKLM-Kapitel 20: Gewichtszunahme/Adipositas (20.43)]

Fakten zum unerfüllten Kinderwunsch

- Bei unerfülltem Kinderwunsch sind die medizinischen Diagnosen zwischen den Geschlechtern weitgehend gleich verteilt: ca. 30 % nur andrologischer Faktor, 30 % nur gynäkologischer Faktor (z. B. Endometriose), bei 30 % sind beide Partner ursächlich beteiligt. Bei ca. 10 % der Paare findet sich keine medizinische Ursache (idiopathische Infertilität) [5]. Daher ist eine sorgfältige ärztliche Untersuchung unabdingbar, um die Ursachen für den unerfüllten Kinderwunsch festzustellen.
- Die psychologische Auswirkung ungewollter Kinderlosigkeit kann gravierend sein: Von einigen Forschern wird die emotionale Auswirkung mit dem Verlust eines nahen Angehörigen bzw. dem Erleben einer schwerwiegenden körperlichen Erkrankung gleichgesetzt.
- Das Hoffen auf eine Schwangerschaft nach dem Eisprung bei der Frau, gefolgt von der Enttäuschung bei Nichteintritt der Schwangerschaft, wird zutreffend als »Achterbahn der Gefühle« bezeichnet.
- Neueren Studien zufolge sind Frauen und Männer von Infertilität emotional gleichermaßen betroffen, auch wenn der Kinderwunsch bei der Frau meist etwas stärker ausgeprägt ist.
- Unerfüllter Kinderwunsch betrifft etwa eine halbe Million Frauen und Männer in Deutschland, etwa jedes vierte Paar ohne Kinder ist damit ungewollt kinderlos [4].
- Entgegen weit verbreiteter Annahmen in der Öffentlichkeit (»Laienätiologie«) ist eine direkte psychische Verursachung einer Fertilitätsstörung (»innere Blockade« oder stressbedingt) aus wissenschaftlicher Sicht nicht anzunehmen. Eine indirekte Verursachung über die sogenannte verhaltensbedingte Fertilitätsstörung (z. B. Essstörung, Genussgifte) betrifft nur einen kleinen Teil der Paare mit unerfülltem Kinderwunsch [5].
- Die Kosten der medizinischen Diagnostik bei Fertilitätsstörungen werden in der Regel von den gesetzlichen Krankenkassen vollständig übernommen.
- Die S2k-Leitlinie »Psychosomatisch orientierte Diagnostik und Therapie bei Fertilitätsstörungen« der AWMF (Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e. V.) ist online verfügbar unter www.leitlinien.net.

1.1.1 Einführung

Ärztin und Patientin stehen bei einem gemeinsamen Gespräch in ständigem sozialem Kontakt. Damit dieser Austausch/Kontakt erfolgreich sein kann, ist eine gelungene Arzt-Patienten-Kommunikation sehr bedeutsam. Von ihr kann sowohl die Auswahl einer geeigneten Intervention als auch der Erfolg nach ihrer Durchführung abhängen. Eine gute Arzt-Patienten-Kommunikation sorgt für eine höhere Behandlungssadhärenz der Patientin und steigert somit den Behandlungserfolg. Dies ist sowohl von Bedeutung, wenn gesunde Patientinnen zur Durchführung einer bestimmten Präventionsmaßnahme bewegt werden sollen (z. B. Impfen), als auch wenn bereits eine Erkrankung bzw. ein medizinisches Problem (z. B. unerfüllter Kinderwunsch) diagnostiziert wurde, welche/s nun behandelt werden soll.

Im Fall des Paares Müller agiert die Ärztin in einem Mehrpersonen-Setting und muss also zwischen mehreren Personen vermitteln. Dies stellt eine besondere Herausforderung dar, da die Anliegen und Sorgen beider Partner berücksichtigt und respektiert werden müssen. Eine vorgeschlagene Maßnahme, die

nur bei einem der beiden Parteien Zustimmung findet, wird selten zum Erfolg führen, da sich die andere Person wahrscheinlich übergangen fühlt und sich möglicherweise dementsprechend reaktant (widerständig) verhalten wird. Die Ärztin sollte bei Mehrpersonengesprächen (die beide Personen gleichermaßen betreffen) also versuchen, eine möglichst allparteiliche und ergebnisoffene Haltung einzunehmen, die die Ansichten aller Anwesenden gleichermaßen berücksichtigt und in die partizipative Entscheidungsfindung auf der Basis bestmöglicher Informiertheit aller Beteiligten einfließen lässt (► Kap. 2.7; ► Kap. 17.1).

Um zu einer korrekten Diagnose zu gelangen, braucht die Ärztin grundlegende Kompetenzen in der Gesprächsführung und benötigt Kenntnisse der gängigsten Kommunikationsstörungen (wie z. B. die Auswirkungen paradoxer Kommunikation).

Auf den amerikanischen Kommunikationsforscher Paul Watzlawick geht die bekannte Aussage zurück: »Man kann nicht *nicht* kommunizieren!«. Das bedeutet, dass Kommunikation nicht ausschließlich auf die sprachliche Vermittlung beschränkt ist, sondern ebenso paraverbale Signale (wie Stimmhöhe, Sprechgeschwindigkeit, Dialekt etc.) und nonverbale Äußerungen (Gestik, Mimik, Körperhaltung und deren jeweiligen Veränderungen) umfasst [1, 2]. So können beispielsweise leichte Veränderungen in den paraverbalen Aspekten die inhaltliche Botschaft einer Aussage stark verändern: Der Satz »Der kluge Mensch denkt an sich selbst *zuletzt*« verändert seinen Sinn durch eine leicht andere Betonung vollständig: »Der kluge Mensch denkt an *sich* selbst *zuletzt*«. Ebenso werden Widersprüchlichkeiten zwischen verbalen und nonverbalen Inhalten von den meisten Menschen schnell registriert: Das verbale »Willkommen heißen« durch den Sprecher (»Sender« der Botschaft) kann durch eine abweisende Körperhaltung mit verschränkten Armen und weggedrehtem Kopf beim Gegenüber (»Empfänger« der Botschaft) drastisch relativiert werden. Dem Wahrheitsgehalt des nonverbalen Kanals wird dabei meist eher geglaubt als der verbalen Botschaft. Die Glaubwürdigkeit des Satzes »Ich habe jetzt Zeit für Sie« wird z. B. durch ständiges auf die Uhr schauen durch die Ärztin und ihr nervöses Fingertrippeln infrage gestellt.

Aspekte der Kommunikation

Paul Watzlawick unterscheidet zudem zwischen dem **Inhaltsaspekt** und dem **Beziehungsaspekt** menschlicher Kommunikation. Während die inhaltlichen Aspekte über die Sprache vermittelt werden (»digitale« Kommunikation), teilen sich die Beziehungsaspekte meist über para- und nonverbale Kanäle mit (»analoge« Kommunikation). Widersprüchlichkeiten zwischen Inhalts- und Beziehungsaspekt werden nach Watzlawick als **paradoxe Kommunikation** bezeichnet. Die Kommunikation über die Kommunikation, z. B. das Ansprechen dieser Widersprüchlichkeiten, wird als **Metakommunikation** bezeichnet.

1.1.2 Das Vier-Ohren-Modell nach Schulz von Thun

Ein praxisorientiertes Modell zur Wahrnehmung von Inhalts- und Beziehungsaspekten der Kommunikation ist das etablierte sogenannte Vier-Ohren-Modell des Psychologen Friedemann Schulz von Thun (► Abb. 1-1).

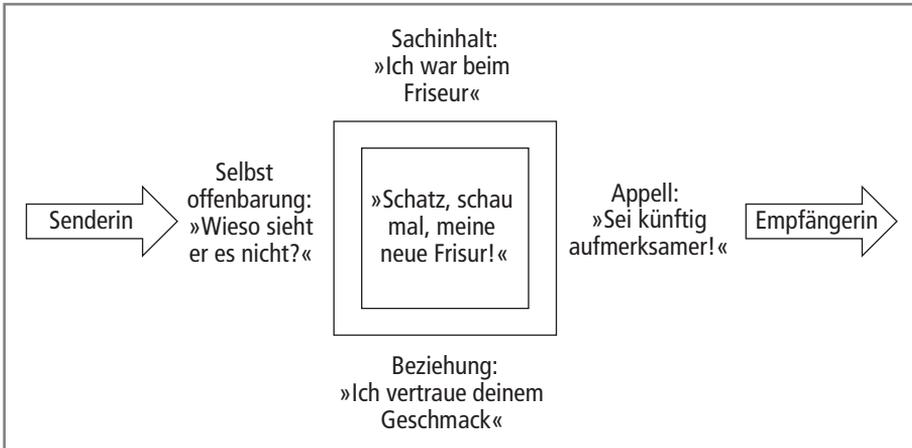


Abb. 1-1 Vier-Ohren-Modell nach Schulz von Thun (stilisierte Darstellung) [6]

Nach diesem Modell [3] wird davon ausgegangen, dass jede Äußerung bezüglich vier verschiedener Aspekte interpretiert werden kann, sowohl von der Senderin der Botschaft als auch von der Empfängerin [1, 2]. In der ersten Abbildung werden diese Aspekte durch die verschiedenen Seiten eines Quadrates dargestellt, welche die Botschaft »Schatz, schau mal, meine neue Frisur!« zwischen einer Senderin und einem Empfänger anhand der vier nachfolgend dargestellten Interpretationsmöglichkeiten vermitteln.

Auf der **Sachseite** informiert die Sprechende über den Sachinhalt, also über Daten und Fakten, in diesem Fall über ihre neue Frisur nach dem Friseurbesuch.

Die **Selbstoffenbarung** umfasst, was die Sprechende durch das Senden der Botschaft von sich zu erkennen gibt, also in diesem Fall ihr Erstaunen darüber, dass ihrem Partner ihre neue Frisur noch gar nicht aufgefallen ist bzw. er sie noch nicht darauf angesprochen hat.

Auf der **Beziehungsseite** kommt zum Ausdruck, wie die sendende Person meint, zum Empfänger zu stehen, und was sie von ihm hält. Sie geht also davon aus, dass ihr Partner die Wichtigkeit ihrer neuen Frisur durchaus zu würdigen weiß, und möchte seine Meinung hören.

Was die Senderin beim Empfänger erreichen möchte, wird von der **Appellseite** repräsentiert: Hier also die Botschaft an ihn, ihre neue Frisur zu loben und ihren Aufwand (des Friseurs) wertzuschätzen.

Die vier Seiten der gesendeten Nachricht, also das, was die Senderin mit einer Äußerung ausdrücken bzw. bewirken will, entsprechen nicht immer den vier Seiten, die vom Empfänger interpretiert werden (»in den falschen Hals kriegen«).

Mithilfe dieses Modells können deshalb eine Reihe von Kommunikationsstörungen zwischen zwei Partnern analysiert werden. Dabei ist allerdings zu beachten, dass nicht jede Botschaft immer Aspekte auf allen vier Ebenen enthält.

Ärztinnen sollten sich darüber bewusst sein, dass auch ihre eigenen Aussagen auf verschiedenen Ebenen von Patientinnen interpretiert werden können [2]. Viele Fragen einer Ärztin an ihre Patientin sind nicht nur auf der Sachebene interpretierbar, sondern sagen auch etwas über die Beziehung zu dieser Patientin aus (Beziehungsebene). Die einfache Frage nach dem aktuellen Körpergewicht auf der Sachebene beispielsweise kann von der Patientin als Aufforderung verstanden werden, endlich abzunehmen (Appellebene). Des Weiteren sagen die Fragen auch etwas über die Ärztin selbst aus, die sie stellt (Selbstoffenbarungsebene).

Andersherum können auch Ärztinnen die Aussagen der Patientinnen missverstehen, wenn sie sie auf einer anderen Bedeutungsebene interpretieren, als sie die Patientin ursprünglich gemeint hat. Ärztinnen können dies umgehen, indem sie das Gesagte der Patientin kurz zusammenfassen (paraphrasieren) und sie fragen, ob das Zusammengefasste der Kernaussage der Patientin entspricht. Auch wenn Patientinnen »nur« ein körperliches Symptom beschreiben, dann sagt dieses trotzdem etwas über sie selbst aus, z. B. dass sie unter der Erkrankung leiden, sich schnelle Hilfe wünschen oder sich in ihrem Alltag eingeschränkt fühlen. Die Art und Weise, wie sie dies an die Ärztin herantragen (fordernd, zögerlich etc.), sagt auch etwas darüber aus, in welchem Vertrauensverhältnis sie zu der Ärztin stehen oder wie unangenehm ihnen das Schildern ihrer Symptome ist.

Das Vier-Ohren-Modell von Schulz von Thun ist sehr allgemein gehalten und wurde nicht speziell für die Kommunikation zwischen Ärztin und Patientin entwickelt. Auch ist zu beachten, dass bei einem Arzt-Patienten-Gespräch noch andere Faktoren für die Interaktion eine Rolle spielen, die in diesem Modell nicht explizit berücksichtigt wurden. Hierzu gehören beispielsweise die Rollenerwartungen an die Ärztin, die Motivation der Patientin, etwas an ihrer Krankheit zu ändern (► Kap. 2.10; ► Kap. 16.1), und der Kontext (z. B. ob die Ärztin gerade viel Zeit für die Patientin hat oder nicht) [2]. Auch sollte die Ärztin sich in die Perspektive der Patientin hineindenken (kognitive Empathie) und hineinfühlen (emotionale Empathie) können, dies wird die Patientin registrieren. Sie sollte grundsätzlich versuchen, allen Patientinnen eine positive Wertschätzung entgegenzubringen und dies auch authentisch auszudrücken, dies vermindert den Widerstand gegen möglicherweise angezeigte Verhaltensänderungen (► Kap. 2.1; ► Kap. 2.4). Das ist nicht immer einfach, denn wir alle tendieren dazu grundsätzlich, Personen, die uns ähnlich sind und mit denen wir uns stärker identifizieren, mehr Wertschätzung entgegenzubringen – und nicht jede Patientin wird der Ärztin gleich ähnlich sein (► Kap. 10.1).

Schließlich sollte die Ärztin durch aktives Zuhören die Patientin dazu ermuntern, von sich aus Information preiszugeben. Aktives Zuhören meint hierbei auch Blickkontakt, Nicken, Zustimmung (»hm«, »ja, ich verstehe«, »ja, das kann ich mir vorstellen«) und eine zugewandte Körperhandlung. Dies ist unter Zeitdruck und dem Anspruch, die relevante Information parallel zum Gespräch im Computer

zu dokumentieren, nicht immer einfach – verbessert allerdings das Ergebnis jedes ärztlichen Gesprächs, beispielsweise im Hinblick auf Verhaltensänderungen (► Kap. 2.1).

Evidenz

Die Wichtigkeit des ärztlichen Gesprächs kommt allein dadurch zum Ausdruck, dass die Hälfte aller Diagnosen bereits aufgrund der Informationen gestellt werden können, die die Allgemeinärztin bei der Erhebung der Anamnese gewinnt. 80 % der Diagnosen stehen schließlich nach Anamneseerhebung und einfacher körperlicher Untersuchung fest.

1.1.3 Darstellung einer gelungenen Arzt-Patienten-Kommunikation

Das folgende Gesprächsbeispiel veranschaulicht einige exemplarische Aspekte bezüglich der verschiedenen Kommunikationskanäle in einer ärztlichen Konsultation bei unerfülltem Kinderwunsch (► Tab. 1-1).

Tab. 1-1 Gesprächsbeispiel: Inhalts- und Beziehungsaspekte der Kommunikation bei unerfülltem Kinderwunsch

Gesprächs-verlauf	Gesprächssituation	Handlungsdimension
Vor dem Gespräch		Die Ärztin hat wegen mehrerer Notfälle heute früh nur noch einen Zeitrahmen von ca. 5–8 Minuten zur Verfügung.
Gesprächs-eröffnung	Ärztin (Ä): »Guten Tag, Frau Müller«. Frau Müller: »Guten Tag, Frau Doktor!« Ärztin: »Kommen Sie doch bitte herein und nehmen Sie Platz.«	
	<Pause>	
Während des Gesprächs	Frau Müller nimmt Platz, sitzt zusammengesunken auf dem Stuhl. Ärztin: »Frau Müller, Sie wirken so bedrückt, was ist denn los?« Frau Müller: »Ach, Frau Doktor, Sie hatten mir ja empfohlen abzunehmen, aber das hat überhaupt nicht geklappt, im Gegenteil.«	Aufnehmen nonverbaler Signale

Gesprächs- verlauf	Gesprächssituation	Handlungsdimension
	Ä: »Was heißt »im Gegenteil?« Frau Müller (verschämt): »Ich glaube, seit unserem letzten Treffen habe ich einige Kilos zugenommen.«	WWSZ-Technik (Warten, Wiederholen, Spiegeln, Zusammenfassung) (► Kap. 2.1)
	Ä: »Empfinden Sie das als persönliche Niederlage?«	<ul style="list-style-type: none"> • emotionales Erleben ansprechen • Zeit lassen
	<Pause>	
	Frau Müller: »Ja. Machen Sie mir jetzt deswegen Vorwürfe?« Ä: »Frau Müller, wenn ich jetzt mit erhobenem Zeigefinger käme, hätten weder Sie noch ich etwas davon. Lassen Sie uns lieber gemeinsam überlegen, wie Sie dem Ziel der Gewichtsreduktion näherkommen können. Haben Sie schon mal von den Weight Watchers gehört?« Frau Müller: »Ja, das ist doch so ein Gruppenangebot, oder?« Ä: »Genau, in der Gruppe fällt vielen das Abnehmen leichter, ich gebe Ihnen mal Infomaterial mit. Leider habe ich wegen der Notfälle heute nur noch sehr wenig Zeit für Sie, aber einen Punkt wollte ich noch ansprechen.« Frau Müller (erschrickt): »Was denn?«	<ul style="list-style-type: none"> • Metakommunikation • Transparenz bezüglich des zeitlichen Rahmens
	Ä: »Kein Grund zur Sorge! Mir ist nur aufgefallen, dass Ihr Mann wohl starker Raucher ist. Das kollidiert mit ihrem Kinderwunsch, das wissen Sie?« Frau Müller: »Ich weiß, aber ich kann es ihm doch nicht verbieten.«	Aufnehmen nonverbaler Signale
Gesprächs- abschluss	Ä: »Das würde vermutlich auch nichts bringen. Ich wollte Ihnen nur vorschlagen, dass Sie ihn das nächste Mal mit reinbringen, dann können wir uns für ihn auch eine Lösungsmöglichkeit überlegen. Gewichtsreduktion und Zigarettenentwöhnung gehen leichter mit professioneller Hilfe. Außerdem muss ich ihn wegen der Erstellung eines Spermogramms ansprechen.«	Unterstützung anbieten

Tab. 1-1 Fortsetzung

Gesprächs- verlauf	Gesprächssituation	Handlungsdimension
	Frau Müller: »Ja, gerne! Danke, Frau Doktor.« Ä: »Prima! Jetzt entschuldigen Sie mich bitte, mein Zeitplan ist heute leider komplett durcheinander gewürfelt worden.« Frau Müller: »Ich verstehe das. Auf Wiedersehen!«	Authentizität in der ärztlichen Rolle

Worauf Sie achten sollten!

- Emotionale Krisen (»Achterbahn der Gefühle«) und sexuelle Probleme beim Paar im Verlauf einer Kinderwunschbehandlung sollten durch Sie antizipiert, von Ihnen angesprochen und auch akzeptiert werden.
- Bagatellisierende Äußerungen wie »Das klappt schon noch mit dem eigenen Kind, Sie sollten sich nicht so hineinsteigern in den Kinderwunsch« werden von Patientinnen als nicht hilfreich oder gar entwertend wahrgenommen und sollten deshalb von Ihnen unbedingt vermieden werden.
- Entlastende Interventionen wie die Normalisierung spezifischer emotionaler Reaktionen (wie z. B. Neid auf Schwangere) sollten im Mittelpunkt Ihres Gesprächsverhaltens stehen.
- Gewinnen Sie den Eindruck, dass konkrete fertilitätseinschränkende Verhaltensweisen vorliegen (z. B. Essstörung, Konsum von Genussgiften), dann sprechen Sie diese mit empathischer und nicht vorwurfsvoller Haltung konkret an. Bieten Sie mögliche kurz- und langfristige wirksame Änderungsschritte an (► Kap. 16.1).

Merke

- Auch medizinische Probleme, deren Krankheitswert nicht unumstritten ist (z. B. unerfüllter Kinderwunsch), können von betroffenen Patientinnen als existenzielle Krise wahrgenommen werden. Im ärztlichen Gespräch sollte dieses berücksichtigt werden, Bagatellisierungen sind fehl am Platz.
- Jede Nachricht von einer Person an eine andere kann auf verschiedene Arten interpretiert werden. Auch bei Gesprächen zwischen Ärztin und Patientin kann es dadurch zu Missverständnissen kommen. Die Ärztin sollte daher stets durch Rückfragen sicherstellen, dass sie zum einen die Patientin richtig verstanden hat und zum anderen sie selbst richtig verstanden wurde.
- Im Mehrpersonengespräch sollten die Anliegen aller Beteiligten berücksichtigt werden, von daher ist hierbei eine allparteiliche und ergebnisoffene ärztliche Gesprächsführung unumgänglich.

Literatur

- [1] Faller H, Lang H. Medizinische Psychologie und Soziologie. 4., überarb. Aufl. Berlin, Heidelberg: Springer; 2016.
- [2] Hoefert H-W. Psychologie in der Arztpraxis. Göttingen: Hogrefe; 2010.
- [3] Tutorenmanual HeiCuMed Vorklinik. Fach: Allgemeinmedizin, Kurs: Anatomie am Lebenden PLUS (AaLPLUS). 6., überarb. Aufl. Heidelberg: Medizinische Fakultät der Universität Heidelberg; 2017.
- [4] Wippermann C. Kinderlose Frauen und Männer – Ungewollte oder gewollte Kinderlosigkeit im Lebenslauf und Nutzung von Unterstützungsangeboten. Sozialwissenschaftliche Untersuchung des DELTA-Instituts. Penzberg/Berlin; 2014.
- [5] Wischmann T. Einführung Reproduktionsmedizin: Medizinische Grundlagen – Psychosomatik – Psychosoziale Aspekte. München: Reinhardt; 2012.
- [6] Schulz von Thun, F. Miteinander reden: Störungen und Klärungen. Psychologie der zwischenmenschlichen Kommunikation. Rowohlt, Reinbek; 1981.
- [7] Rockenbauch K, Decker O, Stöbel-Richter Y (Hrsg.). Kompetent kommunizieren in Klinik und Praxis. Lengerich, Berlin et al.: Pabst Science Publ.; 2006.

1.2 Zuhören will gelernt sein

Spezifische Grundlagen der ärztlichen Kommunikation

Tewes Wischmann, Julia Mahal, Beate Ditzen

Lernziel nach NKLM 14c

1.1.2 Spezifische Grundlagen der ärztlichen Kommunikation (Einflussfaktoren, Spezifika und Anforderungen) erklären.

Fallvignette

Herr und Frau Müller versuchen weiterhin ein Kind zu bekommen (► Kap. 1.1). Die Spermaprobe hat Herr Müller heute Morgen beim Urologen abgegeben, er wartet jetzt auf die Befundmitteilung. Er kann sich nicht vorstellen, dass es da Besonderheiten geben könnte. Etwas nervös ist er allerdings schon.

Der Befund lautet »Azoospermie«, d. h. es konnten keine Samenzellen im Ejakulat gefunden werden. Dieser Befund muss natürlich noch durch ein weiteres Spermogramm gesichert werden, erfahrungsgemäß bleibt der Befund aber bestehen, da der Patient in der Anamnese einen zu spät behandelten beidseitigen Hodenhochstand in der Kindheit angegeben hatte. Herrn Müller müssen nun die Ergebnisse der Diagnostik erklärt werden sowie mögliche therapeutische Optionen. Eine Spontanschwangerschaft erscheint extrem unwahrscheinlich, im Hoden bzw. im Nebenhoden könnte mittels Biopsie nach befruchtungsfähigen Spermien für eine assistierte Reproduktion gesucht werden, ansonsten bleibt aus medizinischer Sicht nur die Option einer Spendersamenbehandlung.

[► NKLM-Kapitel 20: Kinderwunsch (20.53), Labor- oder technische Untersuchungen als Therapie- oder Nebenwirkungskontrolle (20.59)]

Informationen zum Krankheitsbild

Hintergrund: Bei Paaren mit unerfülltem Kinderwunsch liegt mit einer Prävalenz von ca. 5 % eine Azoospermie beim Mann vor. Ein völliges Fehlen vitaler Spermien im Nativejakulat bzw. im Zentrifugat (Azoospermie) kann vielfältige Ursachen haben, die immer andrologisch gründlich abgeklärt werden sollten, da auch eine schwerwiegende Erkrankung dafür ursächlich sein kann (z. B. Hodentumor). In der Regel muss diese Diagnose durch ein Kontrollspermiogramm ca. 12 Wochen später gesichert werden.

Ursachen einer gestörten Samenzellbildung können u. a. sein: Infektionen, Durchblutungsstörungen, Diabetes, Tumore, hormonelle Störungen, Medikamenteneinnahme, übermäßiger Nikotingenuss und sehr wahrscheinlich Umweltgifte und Umwelteinwirkungen. Auch angeborene und erworbene Veränderungen des Hodens und Chromosomenanomalien sind für eine gestörte Samenzellproduktion verantwortlich zu machen. Seltener sind Schädigungen der Samenleiter ursächlich [6].

Verlauf: Der Versuch einer operativen Spermengewinnung aus dem Nebenhoden (mikrochirurgische epididymale Spermienaspiration; MESA) oder aus dem Hoden (testikuläre Spermienextraktion; TESE) vor assistierter Reproduktion kann den Patienten mit Kinderwunsch angeboten werden; alternativ dazu ist die Behandlung mit Spermensamen zu sehen [6].

[► NKLM-Kapitel 21: Sterilität und Infertilität (21.1.6.38)]

Fakten zum unerfüllten Kinderwunsch

- Im Jahr 2016 wurden ca. 62 800 Frauen mit Methoden der assistierten Reproduktion in Deutschland behandelt [2].
- Die Lebendgeburtenrate beträgt durchschnittlich ca. 20 % pro Behandlungszyklus. Damit liegt die kumulative Lebendgeburtenrate bei ca. 50 % nach drei und bei 60 % nach vier Behandlungszyklen.
- In der Allgemeinbevölkerung wurde einer Untersuchung aus Deutschland zufolge die durchschnittliche Lebendgeburtenrate pro Behandlungszyklus auf 44 % eingeschätzt.
- Die Kosten der Verfahren der assistierten Reproduktion werden in der Regel von den gesetzlichen Krankenkassen nur anteilmäßig übernommen. Pro Behandlungsversuch kommt auf das Paar eine finanzielle Eigenbeteiligung zwischen 1000 und 2500 Euro zu [6].

1.2.1 Einführung

Die ärztliche Kommunikation ist durch eine Vielzahl von spezifischen Einflussfaktoren und Anforderungen geprägt. Hierzu zählen neben der Persönlichkeit von Ärztin und Patientin sowie Professionalität und Expertise insbesondere die Spezifika wie die Asymmetrie der Beziehung, Übertragungs- und Gegenübertragungspänomene sowie unterschiedliche Modelle der Arzt-Patienten-Beziehung. Während vor einigen Jahrzehnten diese Beziehung und die Rollen weitgehend festgeschrieben waren (»paternalistisches Modell«, ► Kap. 1.4), sind inzwischen neue Beziehungsformen entstanden, die je nach Kontext, Krankheitsbild und Therapieoptionen unterschiedlich eingesetzt werden können. Heutzutage wird in den meisten Fällen eine partnerschaftliche Arzt-Patient-Beziehung angestrebt, die dementsprechend besondere Anforderungen an die kommunikative Kompetenz der Ärztin stellt. In der Behandlung von Paaren mit unerfülltem Kinderwunsch kommt zusätzlich das Konsumentenmodell zum Tragen.

1.2.2 Klientenzentrierte Gesprächsführung

Eine hilfreiche Gesprächstechnik der Ärztin, um die Ziele, Wünsche und Befürchtungen der Patientin auf der Grundlage des partnerschaftlichen Modells eruieren zu können, stellt das **aktive Zuhören** dar [5]. Das aktive Zuhören geht auf die Ausführungen von Carl Rogers zurück, der postuliert, dass die Realisierung von drei Grundbedingungen (»Kernvariablen«) notwendige *und* hinreichende Bedingungen dafür sind, dass eine Patientin selbstständig zur Lösung ihres (psychischen) Problems kommt. Da nach dieser Konzeption die Ärztin nicht mehr die alleinige Expertin für die Schwierigkeiten der anderen ist (wie im »paternalistischen Modell«), spricht Rogers auch konsequent von Klientinnen (statt Patientinnen). Die Theorie Rogers hat eine eigene Psychotherapierichtung begründet, die klientenzentrierte Gesprächspsychotherapie. Unabhängig von der Psychotherapie spielen die Grundsätze Rogers für die Arzt-Patienten-Kommunikation eine zentrale Rolle. So zeigte sich, dass in gelungenen Arzt-Patienten-Gesprächen alle drei Kernvariablen der Theorie tatsächlich in hohem Maße realisiert werden.

Diese Kernvariablen lauten:

- Positive Wertschätzung und emotionale Wärme,
- Echtheit (Authentizität) und
- Einführendes Verständnis (empathische Reaktion).

Positive Wertschätzung und emotionale Wärme (wohlwollende Achtung des Gegenübers als selbstständige, freie und in allen Facetten wertzuschätzende Person) sowie **Echtheit** (Bereitschaft der gefühlsmäßigen Auseinandersetzung mit dem Gegenüber auch außerhalb der professionellen Rolle) sind hier als Haltungen zu verstehen, die üblicherweise in einem eher langwierigen Prozess im Berufs- und Lebensalltag erworben werden (können). Diese beiden Haltungen können auch als Wertschätzung der anderen und der eigenen Person verstanden werden. Das **einführende Verständnis** (mit seiner Gesprächstechnik des aktiven Zuhörens) ist leichter zu erlernen.

Die Ärztin begegnet der Patientin also mit Akzeptanz und Respekt, selbst wenn diese beispielsweise einmal nicht die Anregungen der Ärztin befolgt (Non-Compliance). Die Entscheidung der Patientin wird dann trotzdem akzeptiert und die Patientin als Person nicht herabgewürdigt. Die Echtheit der Ärztin zeigt sich dadurch, dass diese gegenüber der Patientin nicht gekünstelt auftritt oder Floskeln und Phrasen verwendet, sondern sich authentisch, ehrlich und offen zeigt. Durch dieses Verhalten wird zusätzlich das Vertrauen der Patientin in die fachlichen Fähigkeiten der Ärztin gestärkt.

Aktives Zuhören: Die »aktive ZuhörerIn« versucht, die Gefühle des Gegenübers so zu verstehen, wie diese sie selbst erlebt (»to stand in someone's shoes«), und teilt ihr Verständnis aktiv mit. Damit signalisiert sie der anderen, was und wie es bei ihr »angekommen« ist. Dieses Vorgehen regt beim Gegenüber einen selbstexplorativen Prozess an, der idealerweise zu emotionaler Klarheit führt (aber auch z. B.

zu klar benennbaren Ambivalenzen). Die aktive ZuhörerIn konkretisiert dazu die Gefühlslage der anderen, versucht deren Wünsche (bzw. Befürchtungen) herauszuarbeiten (»zwischen den Zeilen lesen«) und spiegelt diese zurück. Da die Fremd- bzw. Selbstexploration prozesshaft abläuft, können unpassende Spiegelungen vom Gegenüber auch korrigiert und das Gefühl genauer benannt werden. Aktives Zuhören bedeutet nicht, sich mit den Emotionen der anderen vollständig zu identifizieren, da ärztliche Handlungsfähigkeit eine professionelle Distanzierungsfähigkeit voraussetzt (siehe z. B. die Notfallmedizin), sondern bedeutet Anteilnahme, die die andere auch als solche wahrnimmt [4].

Aktives Zuhören als Technik alleine kann sogar schädlich wirken, wenn es nicht auf einer wertschätzenden und authentischen Haltung beruht. Wenn eine solche Haltung für die andere Person nicht deutlich wahrnehmbar ist, wird das aktive Zuhören womöglich als formelhaft leere Gesprächsführungstechnik wahrgenommen, was in der Folge eine vertrauensvolle Arzt-Patient-Beziehung ernsthaft gefährden kann. Aktives Zuhören stellt natürlich nur eine ärztliche Gesprächstechnik unter vielen dar und ersetzt beispielsweise nicht eine gründliche Exploration und Anamneseerhebung. Beim Erstgespräch, bei schambesetzten Themen und bei Aufklärung bei schwerer Erkrankung sowie bei Konflikten ist aktives Zuhören aber mit Sicherheit gewinnbringend einzusetzen. Das Erkennen und Ansprechen von Gefühlen kann PatientInnen helfen, sich zu beruhigen, und Situationen schnell deeskalieren. Mit dem »aktiven Zuhören« wird nicht nur die Sachebene angesprochen, sondern vor allem auch die Selbstoffenbarungsebene berücksichtigt (vgl. ► Kap. 1.1).

Metakommunikation: Durch Metakommunikation ist es möglich, festgefahrene Gespräche zu reflektieren und sowohl der Ärztin als auch der Patientin die Kommunikation zu erleichtern. Die Metakommunikation dient der Bewusstmachung von Gesprächsstrukturen bzw. Gesprächsvorgängen. Erlebt die Ärztin beispielsweise, dass die Patientin ihr immer ins Wort fällt oder ständig vom Thema abschweift, kann sie dies ansprechen. Wichtig ist hierbei zu beachten, dass Metakommunikation auch maßregelnd erscheinen kann und daher immer nur mit Bedacht eingesetzt werden sollte. Metakommunikation sollte daher möglichst in einem vorwurfsfreien Tonfall und ohne Wertung stattfinden, um der Patientin selbst die Möglichkeit zu geben, ihr Verhalten zu ändern, ohne sich gemaßregelt zu fühlen.

Die Ärztin kann mithilfe der Metakommunikation auch zwischen dem eigenen Vorschlag und den Ideen der Patientin navigieren. Hier kann es hilfreich sein, sowohl die Perspektive der Ärztin als auch die der Patientin noch einmal anzusprechen und nacheinander vorzutragen, um Vor- und Nachteile beider Perspektiven noch ausführlich zu erläutern. Des Weiteren kann Metakommunikation sehr gut zum Ansprechen von Emotionen eingesetzt werden und der Patientin zudem die Möglichkeit geben, ihre eigenen Emotionen zu beschreiben [3].

Rolleerwartungen: Ärztin und Patientin sehen sich in der Arztpraxis mit bestimmten Verhaltenserwartungen konfrontiert, denen sie gerecht zu werden versuchen. Hierbei findet ein stetiger wechselseitiger Anpassungsprozess an die Rolle der jeweils anderen Person statt, welcher die Dynamik des Gesprächs beeinflusst [4] (► Tab. 1-2).

Tab. 1-2 Wechselseitiger Anpassungsprozess der Ärztin und der Patientin [4]

Anpassung	Ärztin	Patientin
maximal	Ärztin hält Patientin für eine »Expertin in eigener Sache«, betrachtet das Krankheitserleben als Bestandteil des Krankheitsbildes und bezieht dieses in ihre Diagnose mit ein	Patientin traut der Ärztin zu, die für eine Diagnose wichtigen Informationen herauszuhören, <i>oder</i> berücksichtigt das knappe Zeitbudget und beschränkt sich auf die medizinisch vermutlich relevanten Informationen
tendenziell	Ärztin toleriert persönliche Themen, greift sie jedoch nicht auf und integriert sie nicht in ihre Diagnose	Patientin lässt in Nebenbemerkungen erkennen, was sie bewegt, öffnet sich aber nicht weiter, weil sie der Meinung ist, dass dies nicht interessiert
minimal	Ärztin hält Patientin medizinisch für inkompetent, folgt einem festen Diagnoseschema, interessiert sich nicht für Persönliches	Patientin betrachtet Ärztin als Ansprechpartnerin für alle Probleme, ignoriert deren zeitlichen und organisatorischen Rahmen, redet »drauflos«

Je nachdem, welche Anpassungsprozesse zwischen Ärztin und Patientin stattfinden, können demnach unterschiedliche Informationen in die Diagnose miteinbezogen werden. Bei der Patientin spielt hierbei auch die subjektive Krankheits-theorie eine gewichtige Rolle, die auch ihre Compliance maßgeblich beeinflusst (► Tab. 1-3).

Evidenz

- Mehr als 80 % der untersuchten Patientinnen und Patienten einer deutschen Stichprobe wollten gemeinsam mit ihrer Ärztin über ihre Behandlung entscheiden, aber nur 45 % konnten diesen Wunsch in die Tat umsetzen.
- 52 % aller Teilnehmerinnen beim Gesundheitsmonitor 2012 wünschen eine gemeinsame Entscheidungsfindung. Für das paternalistische Modell stimmten 23 %, das autonome Konzept wählten 18 %. Die übrigen Befragten konnten sich nicht entscheiden [1].

Tab. 1-3 Regeln für das einführende Verständnis in der Arzt-Patienten-Beziehung

Kein »papageienhaftes« Paraphrasieren:	Patientin: »Ich fühle mich in meiner Entscheidungssituation sehr einsam.« Ärztin: Weniger gut: »Sie fühlen sich sehr allein.« Besser: »Sie wünschen sich mehr Kontakt mit anderen?«
Die Patientin direkt ansprechen:	Patientin: »Hier in diesem Kinderwunschzentrum herrscht eine starke Hektik.« Ärztin: Weniger gut: »Ja, hier ist immer gut was los!« Besser: »Sie wünschen sich mehr Ruhe hier?«
Bilder statt Fremdwörter benutzen:	Patientin: »Bezüglich der Kinderwunsch-Therapieoptionen fühle ich mich hin- und hergerissen.« Ärztin: Weniger gut: »Sie fühlen sich jetzt sehr ambivalent.« Besser: »Sie befürchten, einen falschen Weg einzuschlagen?«
Antworten, ohne zu werten oder Diagnosen zu stellen:	Patientin: »Am liebsten würde ich die hormonelle Therapie sofort abbrechen!« Ärztin: Weniger gut: »Das sollten Sie aber jetzt nicht machen, den gesamten aufwändigen Therapieplan der assistierten Reproduktion gefährden!« Besser: »Im Moment fragen Sie sich, ob Sie die Nebenwirkungen weiter auf sich nehmen wollen?«
Auch auf das achten, was nicht gesagt wird (»zwischen den Zeilen«):	Patientin: »Das Wetter ist ja auch nicht gerade zur Aufmunterung geeignet!« Ärztin: Weniger gut: »Die Sonne wird schon wieder scheinen!« Besser: »Auf mich wirken Sie niedergeschlagen.«
Möglichst kurz und direkt antworten, damit der Patient den Gesprächsverlauf bestimmt und bei seinen Gefühlen bleibt:	Patient: »Am Anfang war die Diagnose »Azoospermie« für mich natürlich ein großer Schock.« Ärztin: Weniger gut: »Meinen Sie jetzt die Aufklärung durch den Urologen oder die durch den Reproduktionsmediziner?« Besser: »Sie können es eigentlich immer noch nicht richtig fassen.«
Auf Gefühle auch in ihrer Appellfunktion eingehen:	Patientin: »Hier auf der Station fühle ich mich vor meiner dritten Endometriose-OP wie im Gefängnis!« Ärztin: Weniger gut: »Sie können – wenn auch gegen ärztlichen Rat – die Station jederzeit verlassen!« Besser: »Was könnten wir denn tun, damit dieses Gefühl vielleicht abnimmt?«
Auf Selbstoffenbarungsebene reagieren, nicht auf Appell-Ebene:	Patientin: »Was machen wir, wenn die Insemination nicht zur Schwangerschaft führt?« Ärztin: Weniger gut: »Dann setzen wir invasivere Verfahren wie In-vitro-Fertilisation (IVF) oder eine Intrazytoplasmatische Spermieninjektion (ICSI) ein.« Besser: »Sie haben Angst, dass Ihr Kinderwunsch weiterhin unerfüllt bleibt? Sprechen wir darüber.«

1.2.3 Darstellung einer gelungenen Arzt-Patienten-Kommunikation

Folgendes Gesprächsbeispiel veranschaulicht einige exemplarische Aspekte eines diagnostischen Aufklärungsgesprächs in der Reproduktionsmedizin, in dem von der Ärztin sowohl die emotionalen Auswirkungen des diagnostischen Befundes »Azoospermie« als auch das weitere Vorgehen im Sinne der partizipativen Entscheidungsfindung im Mehrpersonen-Setting angesprochen werden (► Tab. 1-4).

Tab. 1-4 Aufklärung und partizipative Entscheidungsfindung bei Azoospermie

Gesprächs-verlauf	Gesprächssituation	Handlungs-dimension
Vor dem Gespräch		Die Ärztin hat einen Zeitrahmen von 20 bis 30 Minuten zur Verfügung.
Gesprächs-eröffnung	Ärztin (Ä): »Guten Tag, Herr und Frau Müller«. Frau und Herr Müller: »Guten Tag!« Ä: »Wir wollen ja heute den Spermio-graphm-befund besprechen. Möchten Sie da zu zweit sein, oder Sie lieber allein, Herr Müller?« Herr Müller: »Das möchten wir lieber zu zweit hören.« Ä: »Gut, das macht Sinn, denn die medizini-sche Situation der einzelnen Person betrifft Sie ja immer auch als Paar.«	
	<Pause>	
Während des Gesprächs	Ä: »Herr Müller, ich denke, das Ergebnis der Spermienuntersuchung erklärt uns, warum Sie, Frau Müller, bisher leider nicht schwanger ge-worden sind. Es war deshalb sehr gut, dass Sie diese Untersuchung gemacht haben, Herr Müller.« Herr Müller (erregt): »Was meinen Sie damit?! Sieht der Befund bei mir schlecht aus?«	<ul style="list-style-type: none"> • Stufenweise Auf-klärung und Ein-ordnung der Resul-tate in den Diagnostik- und Behandlungsplan • Anerkennen (res-pecting)
	Ä: »Ja, ehrlich gesagt tut er das. Wir haben weder im natürlichen noch im zentrifugierten Ejakulat Spermien finden können.« Herr Müller: »Das kann gar nicht sein!« (Frau Müller schießen Tränen in die Augen)	Klare Aussagen treffen
	Ä: »Das empfinden Sie vermutlich wie einen Schlag in die Magengrube, aber der Befund ist eindeutig.«	Emotionales Erleben ansprechen
	<Pause>	Zeit lassen

Tab. 1-4 Fortsetzung

Gesprächs- verlauf	Gesprächssituation	Handlungs- dimension
	<p>Herr M.: »Kann das kein Zufallsbefund sein?« Ä: »Sie haben Recht, Herr Müller, ein Kontroll-spermiogramm müssen wir noch machen. Aufgrund ihrer Vorgeschichte mit dem unbehandelten Hodenhochstand als Kind befürchte ich aber, dass der Befund dann nicht anders ausfallen wird.«</p>	Kenntnisse vermitteln
	<Pause>	
	<p>Frau M.: »Was bedeutet das jetzt für unseren Kinderwunsch?« Ä: »Frau Müller, da gibt es noch ein paar Optionen, da möchte ich Sie beruhigen.« Frau M.: »Was denn konkret?« Herr M.: »Ich möchte zunächst lieber das Kontroll-spermiogramm abwarten!«</p>	
	<p>Ä: »Das können wir so machen, wie Sie es wünschen. Ich kann Ihnen jetzt kurz beschreiben, welche Möglichkeiten es in Ihrem Fall gibt, wir können das aber auch beim nächsten Termin besprechen.« Herr M.: »Also ich glaube, mir ist das hier alles zu viel. Ich muss jetzt erst mal raus an die frische Luft.«</p>	Partizipative Entscheidungsfindung
Gesprächs- abschluss	<p>Ä: »Das kann ich gut verstehen. Dann schlage ich vor, dass wir das Gespräch heute hier abschließen. Wir würden uns hier wieder zum Kontroll-spermiogramm in ungefähr zwölf Wochen sehen. Falls zwischendurch Fragen auftauchen: Sie kennen ja meine Telefonsprechstunde. Sie können aber gerne auch vorher noch einen Termin bei mir ausmachen. Sind Sie damit einverstanden?« Herr M.: »Ja; danke, Frau Doktor.« Frau M.: »Okay, auf Wiedersehen!«</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Nachfolgetermin vereinbaren • Unterstützung anbieten

Worauf Sie achten sollten!

- Klären Sie vorab die Rahmenbedingungen (realistischer Zeitrahmen für das Gespräch).
- Stellen Sie dem Paar aktuelles und leicht verständliches Informationsmaterial zur Reproduktionsmedizin zur Verfügung.

- Akzeptieren Sie mögliche unterschiedliche Reaktionen auf die Diagnoseeröffnung bei der Frau und beim Mann.
- Benennen Sie realistische Erfolgsraten der assistierten Reproduktion.
- Besprechen Sie in Folgegesprächen frühzeitig die Notwendigkeit eines »Plans B«.

Merke

Aktives Zuhören stellt eine ärztliche Gesprächstechnik unter vielen dar, durch das Erkennen und Ansprechen von Gefühlen kann Patientinnen geholfen werden sich zu beruhigen, und es können Situationen schnell deeskalieren. Ohne die Realisierung der anderen beiden »Kernvariablen« positive Wertschätzung und Authentizität kann aktives Zuhören allerdings schnell als formelhafte Gesprächsführungstechnik wahrgenommen werden und damit kontraproduktiv wirken.

Literatur

- [1] Böcken J, Braun B, Meierjürgen R (Hrsg.). Gesundheitsmonitor 2014. Gütersloh: Bertelsmann Stiftung; 2014.
- [2] Deutsches IVF-Register: Jahrbuch 2016. <http://www.deutsches-ivf-register.de/jahrbuch.php> (Zugriffsdatum: 25. 7. 2018).
- [3] Emmerling, P. Ärztliche Kommunikation. Stuttgart: Schattauer; 2015.
- [4] Hoefert H-W. Psychologie in der Arztpraxis. Göttingen: Hogrefe; 2010.
- [5] Rockenbauch K, Decker O, Stöbel-Richter Y (Hrsg.). Kompetent kommunizieren in Klinik und Praxis. Lengerich, Berlin, Bremen, Viernheim, Wien: Pabst Science Publ.; 2006.
- [6] Wischmann T. Einführung Reproduktionsmedizin: Medizinische Grundlagen – Psychosomatik – Psychosoziale Aspekte. München: Reinhardt; 2012.

1.3 Das wird schon wieder ...

Biopsychosoziales Krankheitsmodell

Eike Langheim, Volker Köllner

Lernziele nach NKLM 14cNKLM 14c

- 1.1.3 Das biopsychosoziale Modell der Entstehung von Gesundheit und Krankheit erklären.
- 1.1.4 Die theoretischen Konzepte der Übertragung/Gegenübertragung, Reziprozität, Intersubjektivität sowie den Einfluss von Erwartung und Erfahrung in ihren Auswirkungen auf die Arzt-Patienten-Kommunikation erklären.

Fallvignette

Herr Lohmeier ist ein 48-jähriger Reisebusfahrer, der häufig auf Fernrouten unterwegs und selten zu Hause ist. Abends an einem Freitag bekommt er nach einem familiären Streit einen plötzlichen Thoraxschmerz. Er negiert die Beschwerden, die sich auch kurzzeitig bessern, aber dann in heftiger Form zurückkommen. Erst am Montag stellt er sich bei seinem Hausarzt vor. Ein sofort geschriebenes EKG zeigt einen subakuten ST-Hebungsmyocardinfarkt (STEMI) der Vorderwand, Herr Lohmeier wird sofort durch einen hinzugezogenen Notarzt in die Klinik gebracht. Dort erfolgt die Rekanalisation des Ramus interventrikularis anterior

(RIVA) bei koronarer 1-Gefäßerkrankung. Im Anschluss zeigt sich eine höhergradig eingeschränkte Ejektionsfraktion von 28 %. Nach sechs Wochen, in denen der Patient eine Defibrillator-Weste getragen hat und medikamentös intensiviert behandelt wurde, erfolgt in der Klinik bei weiterhin deutlich reduzierter linksventrikulärer Ejektionsfraktion (LVEF) die Implantation eines implantierbaren Cardioverter-Defibrillators (ICD). Eine Anschlussheilbehandlung wird beantragt. Herr Lohmeier ist Raucher mit 25 Packungsjahren, eine Hypercholesterinämie und ein arterieller Hypertonus sind bekannt. Ergänzend kommen zu diesen kardiovaskulären Risikofaktoren Adipositas und beruflicher Stress hinzu. Durch lange Abwesenheiten kommt es auch zu familiären Konflikten. Als Ursache für seinen Infarkt sieht Herr Lohmeier vor allem den ständigen Termindruck im Beruf. Trotzdem möchte er aus finanziellen Gründen unbedingt als Busfahrer weiterarbeiten.

[▶ NKLM-Kapitel 20: Thoraxschmerzen (20.107), Transplantation (20.109)]

Informationen zum Krankheitsbild

Diagnose und Hintergrund: Subakuter ST-Hebungsmyocardinfarkt (STEMI) der Vorderwand mit Entwicklung einer Herzinsuffizienz durch eine ischämische Kardiomyopathie, ICD-Implantation.

Verlauf: Herrn Lohmeier wird nach der Implantation des ICD mitgeteilt, dass er seinen Beruf als Reisebusfahrer nicht mehr ausüben darf. Neun Wochen nach dem akuten Ereignis tritt der Patient seine Rehabilitation an.

[▶ NKLM-Kapitel 21: Koronare Herzerkrankung (21.1.1.12), Herzrhythmusstörungen (21.1.1.13), Herzinsuffizienz (21.1.1.14), Essentielle Hypertonie (21.1.1.17), Adipositas (21.1.2.26)]

Fakten zur koronaren Herzerkrankung

- *Histologie:* Die Durchblutungsstörung der Herzkranzgefäße wird durch eine systemische, inflammatorische Systemerkrankung der Arterien verursacht. Diese wird als Arteriosklerose bezeichnet und führt zu Ablagerungen in der Gefäßwand (Plaquerbildung). Im Falle einer Plaqueruptur kann eine Arterie durch Thrombenbildung komplett verschließen und damit im Falle der Herzkranzgefäße einen Herzinfarkt auslösen.
- Neben einer genetischen Disposition sind gesellschaftlich geprägte Risikofaktoren (Rauchen, arterielle Hypertonie, Hypercholesterinämie und Diabetes mellitus) ursächlich für die koronare Herzerkrankung (KHK). Auch Bewegungsmangel, Übergewicht und psychosoziale Faktoren gehören zu den wichtigen verursachenden Faktoren [3].
- Im Falle eines Myokardinfarktes kann es zu Nekrosen überwiegend im Bereich des linken Ventrikels kommen. Daher ist die koronare Herzerkrankung auch eine wichtige Ursache für eine Herzinsuffizienz.
- Im Falle einer Herzinsuffizienz (ischämische Kardiomyopathie) steigt die Gefahr eines plötzlichen Herztodes durch ventrikuläre Arrhythmien. Dieser Gefahr kann durch Implantation eines *implantierbaren Cardioverter-Defibrillators (ICD)* vorgebeugt werden [5, 6].
- Arteriosklerose ist eine chronische Erkrankung, deren Verlauf durch die Modifikation der genannten Risikofaktoren, aber auch durch interventionelle, operative, rehabilitative und medikamentöse Therapie günstig beeinflusst werden kann.
- Die Mortalität der KHK und des akuten Koronarsyndroms ist in den letzten Jahrzehnten deutlich zurückgegangen, die KHK ist aber mit 121 116 Todesfällen im Jahr 2014 immer noch die häufigste Todesursache in Deutschland [1, 2].
- Präventionsmaßnahmen können das kardiovaskuläre Risiko deutlich senken [4].
- Pocket-Leitlinie zur kardiovaskulären Prävention online verfügbar unter: <https://leitlinien.dgk.org>.

- Ab einer LVEF < 35 % und/oder nach Implantation eines ICD ist keine Fahrerlaubnis für LKW und Busse gegeben [7].
- Sogenannte »Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (LTA)« helfen Betroffenen, die aufgrund ihrer Erkrankung für den zuletzt ausgeübten Beruf anhaltend nicht mehr arbeitsfähig sind [8].

1.3.1 Einführung

Ziel für das Beratungsgespräch nach einem Herzinfarkt in der Akut- oder Rehabilitationsklinik sind das Vermitteln der Diagnose und die Analyse der Risikofaktoren mit der Patientin. Hier ist auf eine vorbeugende Verhaltensweise (tertiäre Prävention) abzielen, die häufig für die Betroffenen eine Änderung des Lebensstils bedeutet. Im Rahmen solcher Gespräche neigen Ärztinnen dazu klarzustellen, dass das Nichtbefolgen von Präventionsmaßnahmen grundsätzlich mit ernststen Folgen für die Patientinnen verbunden sein muss. »Wenn Sie jetzt nicht aufhören zu rauchen, dann ...«. Hier empfiehlt es sich vielmehr, Strategien der partizipativen Entscheidungsfindung (► Kap. 2.7) und der motivierenden Gesprächsführung einzusetzen (► Kap. 2.10; ► Kap. 16.1) und zu zeigen, dass Änderungen des Lebensstils nicht nur die Gesundheit, sondern auch die Lebensqualität positiv beeinflussen können. Lebensstiländerungen können in Verbindung mit Medikamenten neben einer Verbesserung der funktionellen Ebene bei einer von Arteriosklerose betroffenen Patientin das statistische Risiko für einen Herzinfarkt oder Schlaganfall fast halbieren [1, 2]!

Definition

Prävention und Gesundheitsförderung

Abzugrenzen bezüglich einer Modifikation des Lebensstils sind trotz ähnlicher Zielstellungen die Begriffe Prävention (Frage nach der Pathogenese: »Was macht uns krank?«) und Gesundheitsförderung (Frage nach der Salutogenese: »Was hält uns gesund?«) [9].

Prävention wird je nach Zeitpunkt ihres Eintretens in primäre, sekundäre, tertiäre und quartäre Prävention eingeteilt. Primärprävention beginnt vor einer Krankheit und soll eine Erkrankung im Vorfeld verhindern. Sekundärprävention setzt im Frühstadium einer Krankheit an. Sie dient der Früherkennung und soll das Fortschreiten einer Erkrankung verhindern (z. B. Krebsvorsorge).

Tertiärprävention erfolgt nach Feststellung einer Diagnose bzw. nach deren akuter Therapie und ist somit für unser Thema die entscheidende Präventionsform. Sie dient der Verhinderung von Krankheitsrezidiven und ist daher ein wichtiges Prinzip der Rehabilitation. Quartärprävention wiederum soll Patienten vor unnötiger Medizin und vor übertriebener medizinischer Behandlung schützen.

Patienten von präventiven oder gesundheitsfördernden Maßnahmen zu überzeugen, ist eine häufige ärztliche Aufgabe insbesondere im Zusammenhang mit kardiovaskulären Erkrankungen. Bewährt haben sich hier ein Einbeziehen verhaltensmedizinischer Elemente und die Verwendung des bio-psycho-sozialen Modells der International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) [10, 11].

1.3.2 Das bio-psycho-soziale Modell der International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF)

Die akutmedizinische Sicht auf die Krankenbehandlung ist in erster Linie durch die Ätiopathogenese und klinischen Manifestation einer Erkrankung orientiert und beschreibt den Zustand der Patientin durch eine Diagnose (International Classification of Diseases; ICD-10).

Dabei zeigt sich, dass die ICD-10-Diagnose alleine wegen der mit ihren sehr unterschiedlichen und individuell geprägten Krankheitsfolgen bei den einzelnen Patientinnen in keiner Weise einen Bezug zur Teilhabe eines Individuums an Arbeitswelt und Gesellschaft und zur alltäglichen funktionellen Auswirkung einer Erkrankung abbildet.

Die WHO erstellte daher 2001 eine Klassifikation, die das Befinden von Patientinnen nicht mehr nur alleine durch die Diagnose (ICD-System), sondern durch den funktionalen Gesundheitszustand beschreibt. Dabei wird das »sich mit einer gleichen Diagnose relativ Krank- oder relativ Gesundfühlen« durch zahlreiche Faktoren variieren. Die ICF nutzt dabei »Körperfunktionen und Körperstrukturen« und stellt diese in den Zusammenhang mit »Aktivitäten und gesellschaftlicher Teilhabe« sowie mit sogenannten »Kontextfaktoren« (umwelt- als auch personenbezogene Faktoren). Die Kontextfaktoren können bezüglich der Teilhabe Barrieren, aber auch Förderfaktoren sein. Daher zeigt diese Klassifikation eine deutlich erweiterte Sicht auf die Beschreibung von Krankheit und Gesundheit.

In der ICF erfolgt dabei ein bio-psycho-sozialer Ansatz zur Beschreibung von Krankheit und ihren Folgen (► Abb. 1-2).

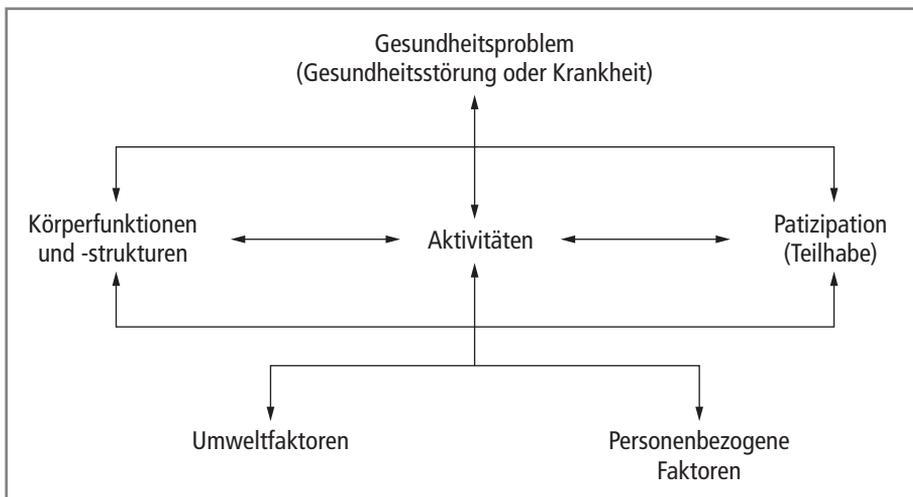


Abb. 1-2 Bio-psychosoziales ICF-Modell mit Wechselwirkung der Komponenten [10, 11]

Die Darlegung eines Zustandes der Behinderung im ICF-Klassifikationssystem ist dabei sehr komplex. Das hat dazu geführt, dass zwar das bio-psycho-soziale

Krankheitsmodell das Medizinverständnis entscheidend geprägt hat, die Klassifikation jedoch im medizinischen Alltag eher selten verwendet wird. Bestandteile der Klassifikation sind zwei Hauptteile:

- Teil 1: Funktionsfähigkeit/Behinderung
- Teil 2: Kontextfaktoren

Der erste Teil wird nach den Komponenten »Körperfunktionen und -strukturen« und »Aktivitäten/Teilhabe« verschlüsselt. Im zweiten Teil werden die Komponenten »Umweltfaktoren« und »personenbezogene Faktoren« berücksichtigt.

Eine umfassende Darstellung von theoretischem Hintergrund, Entwicklung, Zielen, Nutzen und praktischem Einsatz findet sich in der Originalpublikation der WHO [9, 10].

1.3.3 Einfach sprechen: So geht's!

Für die beratende Ärztin ist es wichtig, die subjektive Krankheitstheorie ihres Patienten zu kennen. Je größer die Diskrepanz zwischen der Krankheitstheorie der Ärztin und der Patientin, umso wahrscheinlicher wird es zu Adhärenz-Problemen und damit zum Nichtbefolgen von Therapieempfehlungen kommen.

Viele Patientinnen haben eine monokausal somatisch (»alles genetisch bedingt«) oder auch external psychosozial (»der Druck auf der Arbeit macht mich krank«) geprägte Krankheitstheorie. Problematisch ist, wenn hierdurch ein dysfunktionales Schonverhalten begründet oder wichtige Verhaltensänderungen blockiert werden.

Bei einer multifaktoriell bedingten Erkrankung wie der KHK hilft ein biopsycho-soziales Krankheitskonzept, alle Möglichkeiten zur Heilung, Sekundär- bzw. Tertiärprävention und zum Erhalt der Teilhabe an Erwerbsleben und Gesellschaft zu nutzen.

Im Gespräch geht es darum, ein solches Modell zu erarbeiten und dabei Elemente von Wissen und Überzeugungen, die bei der Patientin implizit schon vorhanden sind, in diese Richtung zu nutzen.

Stark ausgeprägte Angst führt eher zur Vermeidung als zur konstruktiven Auseinandersetzung mit der neuen Lebenssituation. Auf Drohungen und Angstauslösung als Mittel der »Complianceförderung« sollte daher verzichtet werden.

Entsprechend dem Coping-Modell nach Lazarus [12] folgt auf die Mitteilung einer bedrohlichen oder das Lebenskonzept einschränkenden Diagnose zunächst eine emotional geprägte erste Bewertung, in der die Patientin die neue Situation erst einmal an sich heranlassen muss. Die zweite Bewertung ist dann eher kognitiv und von der Suche nach neuen Bewältigungsstrategien geprägt. In der ersten Phase gegebene Detailinformationen kommen daher oft nicht korrekt bei der Patientin an. Die Aufklärung und Beratung benötigt daher meist mehrere Gespräche in zeitlichem Abstand und ein an die jeweilige Phase der Patientin adaptiertes Vorgehen.

Nicht selten reagieren Patienten auf die Erkrankung und die mit ihr verbundenen Einschränkungen mit Wut und Ärger, der sich zunächst auf den Überbringer

der schlechten Nachricht, also der Ärztin überträgt (► Kap. 11.4). In dieser Situation ist es wichtig, sich die Ursache der Gefühle der Patientin und die eigenen als Reaktion hierauf auftretenden Gefühle (Gegenübertragung) bewusst zu machen. Ansonsten besteht die Gefahr, diese zum Schaden der Patientin auszuagieren (z. B. durch einen vorzeitigen Abbruch des Gesprächs, sodass wichtige Inhalte unausgesprochen bleiben).

Bei Herrn Lohmeier ist die Angst nach dem schweren Infarkt sehr stark ausgeprägt. Sein Selbstwertgefühl ist durch den drohenden Verlust der Fahrerlaubnis massiv bedroht. Insgeheim macht er sich auch Vorwürfe, erst so spät in die Klinik gefahren zu sein. Diese Gefühle widersprechen aber seinem Männlichkeitsideal und sind für ihn nur schwer erträglich. Er versteckt sie deshalb hinter einer rauen Fassade. Gleichzeitig überwiegt ein ausschließlich auf beruflichen Stress (Überlastung, Zeitdruck) ausgelegtes Krankheitskonzept, sodass wenig Motivation besteht, sein gesundheitliches Risikoverhalten (Nikotinabusus, Fehlernährung, Bewegungsmangel) zu verändern.

1.3.4 Darstellung einer gelungenen Arzt-Patienten-Kommunikation

Ziel eines ersten Beratungsgesprächs ist es, »die Karten offen auf den Tisch zu legen«, die dann entstehenden Emotionen auszuhalten und zu benennen, um auf dieser Basis vorsichtig neue Handlungsoptionen erarbeiten zu können. Diese werden dann in folgenden Gesprächen vertieft und in konkrete Handlungspläne umgesetzt (► Tab. 1-5).

Tab. 1-5 Beispiel für ein erstes Beratungsgespräch nach der Diagnose einer schweren Erkrankung

Gesprächs-verlauf	Gesprächssituation	Gesprächsführung und Aspekte des bio-psycho-sozialen Modells (ICF)
Vor dem Gespräch	Der Stationsarzt hat Herrn Lohmeier in der Rehabilitation aufgenommen und schildert seiner Oberärztin den Krankheitsverlauf. Bei der Frage nach der sozialmedizinischen Beurteilung wird besprochen, dass Herr Lohmeier seinen Beruf als Reisebusfahrer nicht mehr ausüben kann, da diese Tätigkeit nach den Leitlinien mit dem ICD und der Herzinsuffizienz nicht vereinbar ist [7]. Die umfangreichen kardiovaskulären Risikofaktoren einschließlich der schwierigen Berufsbedingungen mit längeren Abwesenheiten und daraus resultierenden familiären Kon-	<ul style="list-style-type: none"> • Wichtiger personenbezogener Faktor: Beruf mit hoher Verantwortung im Personentransport kann nicht mehr ausgeübt werden. • Wichtige personenbezogene Faktoren und Umweltfaktoren bestimmen Gesundheitsproblem des Patienten

Gesprächs- verlauf	Gesprächssituation	Gesprächsführung und Aspekte des bio-psycho- sozialen Modells (ICF)
	flikten werden angesprochen. Der Stationsarzt erwähnt eine sehr »ablehnende Haltung« des Patienten, um die Oberärztin (OÄ) auf eine schwierige Gesprächssituation vorzubereiten.	
Gesprächs- eröffnung	OÄ: »Guten Tag Herr Lohmeier, wir haben zu Beginn der Rehabilitation immer eine oberärztliche Visite, um über die medizinischen Dinge zu reden und vor allem, um die Ziele der Rehabilitation zu besprechen.«	<ul style="list-style-type: none"> • Agenda • Setting
	Herr L.: »Was denn für Ziele? Die haben mir gesagt, dass ich meinen Beruf nicht mehr ausüben kann ... hätte ich bloß diesem ›Defi‹ nicht zugestimmt!«	Herr L. ist wütend und vorwurfsvoll.
	OÄ: »Ich verstehe Ihren Ärger, aber verstehen Sie bitte, dass Sie auch mit der Herzschwäche alleine keine Personentransporte mehr durchführen dürften.«	Gefühle des Patienten werden angesprochen und validiert
	Herr L. (ärgerlich): »Was sollen da jetzt noch meine Ziele sein ...?«	Die Ärztin lässt Pausen zu, diese ermöglichen Herrn L., seine Gefühle auszudrücken und sich langsam zu öffnen. Nach der Wut zeigen sich Trauer und Zukunftsangst.
	<Pause>	
	Herr L.: »... das ist doch sinnlos jetzt! Sie haben gut reden!«	
Gesprächs- verlauf	OÄ: »Wir würden Ihnen gerne helfen mit dem, was geschehen ist, umzugehen« Herr L.: »... leicht gesagt ...« OÄ: »Können Sie sich denn Ziele für den weiteren Verlauf vorstellen?«	Der Ärztin gelingt es, den Ärger des Patienten nicht auf sich zu beziehen und freundlich-zugewandt zu bleiben.

Tab. 1-5 Fortsetzung

Gesprächs- verlauf	Gesprächssituation	Gesprächsführung und Aspekte des bio-psycho- sozialen Modells (ICF)
	Herr L.: »Im Krankenhaus haben die mir gesagt, dass es zu spät für die Behandlung gewesen sei.«	
	OÄ: »Es könnte ein Ziel sein, dass wir Ihnen helfen, gesundheitlich und auch beruflich wieder Fuß zu fassen.« Herr L.: »Wie soll das denn gehen?«	An dieser Stelle vermeidet es die Ärztin, dem Patienten Vorwürfe für sein spätes Aufsuchen von Hilfe zu machen und lenkt seine Gedanken stattdessen auf seine positiven Handlungsmöglichkeiten.
	OÄ: »Zunächst ist es wichtig, einem erneuten Herzinfarkt vorzubeugen. Durch eine Veränderung des Lebensstils kann die Gefahr deutlich gesenkt werden. In der Sozialberatung kann überlegt werden, wie Sie auch beruflich wieder einen Einstieg finden.« Herr L.: »Es ging alles so schnell!«	Die Ärztin lässt wieder Pausen zu und ermöglicht es Herrn L. damit, sowohl Gefühle und Gedanken auszudrücken als auch eigene Lösungsansätze zu entwickeln. Positive Beeinflussung von Umweltfaktoren und personenbezogenen Faktoren können Körperfunktionen, Aktivitäten und Partizipation (Teilhabe) steigern und damit das Gesundheitsproblem abmildern.
	<Pause>	
	Herr L.: »Die Ärzte haben gesagt, dass ich eine hochgradige Herzschwäche habe!« OÄ: »Es gibt heute sehr gute Möglichkeiten der Behandlung und der Vorbeugung. Vielleicht sehen Sie eine Möglichkeit sich darauf einzulassen.«	
	Herr L.: »Ich würde gerne mit dem Rauchen aufhören ... und ich habe wegen meines Berufes immer so unregelmäßig und ungesund gegessen.«	Der Patient formuliert erstmalig Ziele in einer positiven Veränderung von personenbezogenen Faktoren.

Worauf Sie achten sollten!

- Schwere und chronische Erkrankungen haben auch eine soziale Dimension, die durchaus existenziell bedrohlich sein kann. Dies sollte im Gespräch thematisiert werden, um entsprechende Hilfestellungen anbieten zu können (z. B. Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben).
- Im Gespräch ist es wichtig darauf zu achten, dass der Patient in der optimalen Zone zwischen lähmender Angst und Bagatellisierung der Erkrankung bleibt.
- Die im Gespräch bei dem Patienten und als Reaktion hierauf bei einem selbst auftretenden Gefühle sollten reflektiert und als diagnostisches Instrument genutzt werden. Dies kann z. B. in einer Anamnese- oder Balintgruppe [13] erlernt werden.

Merke

Es ist nicht immer richtig, im Zusammenhang mit einer koronaren Herzkrankheit Zuversicht zu verbreiten, es ist aber auch genauso wenig richtig, keine Zuversicht zu verbreiten.

Literatur

- [1] Der Deutsche Herzbericht 2016. Frankfurt a. M.: Deutsche Herzstiftung; 2016.
- [2] Nabel EG, Braunwald E. A Tale of coronary artery disease and myocardial infarction; *N Engl J Med* 2012; 366: 54–63.
- [3] Ladwig KH, Lederbogen F, Albus C, Angermann C, Borggreffe M, Fischer D, Fritzsche K, Haass J, Jordan J, Jünger J, Kindermann I, Köllner V, Kuhn B, Scherer M, Seyfarth M, Völler H, Waller C, Herrmann-Lingen C: Positionspapier zur Bedeutung psychosozialer Faktoren in der Kardiologie. Update 2013, *Kardiologie* 7: 7–27.
- [4] Piepoli MF, Hoes A, Agewall S et al. 2016 European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice: the Sixth Joint Task Force of the European Society of Cardiology and other societies on cardiovascular disease prevention in clinical practice (constituted by representatives of 10 societies and by invited experts). *Eur Heart J* 2016; 37: 2315–81.
- [5] Moss A, Zareba W, Hall W, et al. For the Multicenter Automatic Defibrillator Implantation Trial II Investigators. Prophylactic implantation of a defibrillator in patients with myocardial infarction and reduced ejection fraction. *N Engl J Med*. 2002; 346: 877–883.
- [6] Gust H, Bardy, MD, Kerry L, Lee, PhD, et al. For the Sudden Cardiac Death in Heart Failure Trial (SCD-HeFT) Investigators Amiodarone or an Implantable Cardioverter-Defibrillator for Congestive Heart Failure. *N Engl J Med* 2005; 352: 225–37.
- [7] Gräcmann N, Albrecht M. Bundesanstalt für Straßenwesen Begutachtungsleitlinien zur Kraftfahrereignung; Berichte der Bundesanstalt für Straßenwesen. Mensch und Sicherheit, Heft M 115, Stand: 28. Dezember 2016.
- [8] Morfeld M, Mau M, Jäckel WH, Koch U. Im Querschnitt: Rehabilitation, Physikalische Medizin und Naturheilverfahren. München: Elsevier GmbH, Urban & Fischer; 2007.
- [9] Broda M. Salutogenese und Prävention. In: Köllner V, Broda M. (Hrsg.), *Praktische Verhaltensmedizin*. Stuttgart: Thieme; 2005, 24–30.
- [10] DIMDI. ICF Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit. Köln: DIMDI; 2004.
- [11] World Health Organisation. International classification of functioning, disability and health (ICF). Genf; 2001.
- [12] Dinger-Broda A, Schüßler G. Chronisch-körperliche Krankheit. In: Senf W, Broda M, *Praxis der Psychotherapie*. Stuttgart: Thieme; 519–26.
- [13] Köllner V, Foltin Y, Speidel V, Müller AK, Jäger J. Anamnesegruppen als Einstieg in die Gesprächsführung und Arzt-Patient-Beziehung. *Med Welt* 2016; 6.

1.4 Das sticht jetzt mal kurz!

Subjektive Einflüsse auf die Arzt-Patienten-Kommunikation

Ernil Hansen

Lernziel nach NKLM 14c

1.1.4 Die theoretischen Konzepte der Übertragung/Gegenübertragung, Reziprozität, Intersubjektivität sowie den Einfluss von Erwartung und Erfahrung in ihren Auswirkungen auf die Arzt-Patienten-Kommunikation erklären.

Fallvignette

Herr Schuster, 63 Jahre alt, soll sich einer endoskopischen Knieoperation in Regionalanästhesie unterziehen. Er hat Schmerzen im rechten Knie und Angst vor der Operation und der Anästhesie. Er ist nüchtern und hat Durst. Sein Puls und sein Blutdruck sind erhöht. Er wird flach liegend in seinem Krankenbett vom Transportdienst von der Station in den Aufzug und vom Aufzug über einen langen Gang zur OP-Schleuse geschoben. Routinemäßig soll er dort vom OP-Pfleger in Empfang genommen und später an die Anästhesieschwester übergeben werden. Nach Anschluss an den Überwachungsmonitor und Anlegen eines intravenösen Zugangs soll er dann auf den Anästhesisten treffen. Dazwischen wird auch der Operateur noch einmal nach ihm schauen.

[▶ NKLM-Kapitel 20: perioperative Versorgung, Aufklärung (20.72)]

Informationen zum Krankheitsbild

Hintergrund: Osteoarthritis im rechten Kniegelenk

Verlauf: Bei dem Patienten hatten sich in den letzten 3 Jahren zunehmend bewegungsabhängige Schmerzen und zeitweise eine Bewegungseinschränkung im rechten Knie eingestellt. Anamnese, klinische Untersuchung und Röntgenbild haben zur Diagnose Gonarthrose geführt. Mit Schonung, physikalischer Therapie und antiphlogistischen Analgetika sind jetzt die Schmerzen nicht mehr zu beherrschen, und es erscheint eine Arthroskopie zum Debridement und zur Gelenkspülung angezeigt.

[▶ NKLM-Kapitel 21: Arthrose (21.1.2.31)]

Fakten zur Osteoarthritis

- Etwa 5 Millionen Menschen in Deutschland leiden unter einer Arthrose, die häufigste Gelenkerkrankung des Erwachsenen. Die Häufigkeit steigt mit zunehmendem Alter.
- Nach derzeitigem Verständnis handelt es sich um eine v.a. belastungsbedingte Abnutzung des Gelenkknorpels mit anschließender Entzündungsreaktion, z.T. mit genetischen Risikofaktoren.
- Eine Heilung ist bisher nicht möglich. Die konservative Therapie zielt mit physikalischer Therapie, orthopädischen Hilfsmitteln und Medikamenten gegen Schmerzen und Entzündung auf eine Symptomminderung und Prophylaxe der Progredienz. Operativ stehen Arthroskopie und Gelenkersatz zur Verfügung, an Knorpelzellersatz wird geforscht.
- Eine Kniearthroskopie wird in den meisten Fällen in Regionalanästhesie durchgeführt, bei der die zu Behandelnden wach oder sediert sind.
- Viele Erkrankte haben mehr Angst vor einer Anästhesie als vor der Operation.

1.4.1 Einführung

Die Kommunikation mit Kranken ist als Teil der Behandlung von zentraler Bedeutung. Kommunikationsfehler sind für einen beträchtlichen Teil an Komplikationen bei der Therapie verantwortlich [4] (► Kap. 13.1). Darum haben zunehmend Checklisten Verbreitung gefunden. Mit ihnen und einem standardisierten Vorgehen kann die Komplikationsrate deutlich gesenkt werden [2]. Allerdings ist die Abfrage von Befunden (Anamnese) und die Gabe von Informationen (Diagnosen) und Anweisungen (Medikamenteneinnahme, Verhalten) keinesfalls neutral, da sie die Erkrankten, ihre Symptome und die Wirksamkeit der Behandlung beeinflussen.

Das medizinische Umfeld ist voller negativer Suggestionen und Erwartungen mit deutlichen Negativwirkungen auf Krankheit und Heilungsverlauf [5, 14]. Eine gute, patientenorientierte Kommunikation ändert daran wenig und wird erst wirklich wirksam, wenn die Negativeinflüsse verringert oder vermieden werden. Dazu ist es notwendig, sie zu kennen und in seinem Arbeitsfeld zu erkennen [6]:

1. Jede Behandlung muss, um wirksam zu sein, von Kommunikation begleitet werden. Ohne entsprechende Ankündigung entfalten pharmakologische oder chirurgische Behandlungen nur 20–50 % der Wirkung [9, 10]. Dies erklärt sich aus der induzierten Erwartung und dem daraus folgenden Placebo-Effekt.
2. Eine positive Erwartung entsteht besonders dann, wenn neben der Information zu einer Intervention auch die Bedeutung für den betreffenden Menschen kommuniziert wird.
3. Auch ohne spezifischen Anlass oder Behandlung können, sozusagen als eine Grundkommunikation, positive Erwartungen und Placebo-Effekte durch das Ansprechen bedeutungsvoller Bedürfnisse ausgelöst werden.

Definition

Menschliche Kommunikation und speziell Patienten-Kommunikation ist, im Gegensatz zu EDV und Informatik, mehr als Informationsweitergabe. Durch die Ausdrucksweise und durch die Beziehung bekommt sie Bedeutung.

Placebo-Effekte sind positive Wirkungen, die aus einem Lernen in der Vergangenheit (Konditionierung) oder Erwartungen (an die Zukunft) entstehen. Sie werden sichtbar zum einen bei der Gabe von Tabletten oder Spritze ohne Wirkstoff (Placebo) oder einem Scheineingriff (sham surgery), zum anderen bei dem Vergleich zwischen einer angesagten, offenen Intervention (open) und einer verborgenen (hidden), die allein die Medikamenten- oder Eingriffswirkung zeigt [1]. Die Erwartung erhöht die Wahrscheinlichkeit für das Eintreten einer Wirkung. Ist sie positiv, sprechen wir von einem Placebo-Effekt (placebo = lat. »ich werde gefallen«), ist sie negativ, von Nocebo-Effekten (nocebo = lat. »ich werde schaden«).

1.4.2 Darstellung einer gelungenen Arzt-Patienten-Kommunikation

Im Folgenden wird die Kommunikation bei einer perioperativen Versorgung zum Vergleich in einer Version mit Beschränkung auf Informationsweitergabe und einer Version, in der neben der Information auch die Bedeutung für den Patienten vermittelt wird, gezeigt.

Tab. 1-6 Beispielgespräche bei der Aufnahme eines Patienten in den OP-Bereich

Maßnahme	Information (z. T. mit Negativsuggestion)	Information und Bedeutung
Aufnahme durch den OP-Pfleger	<ul style="list-style-type: none"> • »Guten Tag, Herr ...?« • »Schuster.« • »Geboren?« • »Am 13. 3. 1955.« 	<ul style="list-style-type: none"> • »Guten Tag, Herr Schuster?« • »Ja.« • »Sie sind am 13. 3. 1955 geboren? Ist das richtig?« • »Ja.«
Abfrage	<ul style="list-style-type: none"> • »Was soll bei Ihnen operiert werden?« • »Das Knie« • »Welche Seite?« • »Rechts.« 	<ul style="list-style-type: none"> • »Was können wir Gutes für Sie tun?« • »Mein rechtes Knie soll operiert werden.«
Decke	<ul style="list-style-type: none"> • »Ziehen Sie Ihr Nachthemd aus. • Hier haben Sie eine Decke.« 	<ul style="list-style-type: none"> • »Das Nachthemd brauchen Sie jetzt nicht mehr. • Dafür bekommen Sie von mir eine warme Decke, damit es für Sie angenehm ist.«
Gurt	<ul style="list-style-type: none"> • »Ich lege Ihnen jetzt einen Gurt an.« 	<ul style="list-style-type: none"> • »Und zu Ihrer Sicherheit bekommen Sie einen Gurt.«
Übergabe	<ul style="list-style-type: none"> • »Jetzt bringe ich Sie zur Anästhesie. • Der Operateur wird auch noch vorbeikommen.« 	<ul style="list-style-type: none"> • »Ich bringe Sie jetzt zum Narkose-Einleitungsraum, wo sich eine Anästheseschwester und ein Anästhesist weiter um Ihr Wohlbefinden und Ihre Sicherheit kümmern werden. • Und Dr. Klein, Ihr Operateur, wird auch noch einmal nach Ihnen sehen. Vielleicht haben Sie ja noch Fragen. Alles Gute!«
Vorbereitung durch die Anästheseschwester	<ul style="list-style-type: none"> • »Hallo, ich verkable Sie jetzt, • der Anästhesist kommt auch bald.« 	<ul style="list-style-type: none"> • »Willkommen, ich bin Schwester Tanja. Ich werde mich jetzt um Sie kümmern. Zusammen auch mit Dr. Groß, Ihrem Anästhesisten, sind wir ein ganzes Team, das ausschließlich für Ihre Sicherheit und Ihr Wohlbefinden zuständig ist. Wir weichen nicht von Ihrer Seite, bis Sie das gut überstanden haben.

Maßnahme	Information (z. T. mit Negativsuggestion)	Information und Bedeutung
		<ul style="list-style-type: none"> • Als Erstes schließe ich Sie an einen Monitor an, mit dem wir immer sehen können, dass es Ihnen gut geht. Das Piepsen hat nur Bedeutung für uns, weil wir geschult sind, an den Tönen jede Veränderung sofort zu erkennen, um gleich darauf zu reagieren. Wir können immer etwas Gutes für Sie tun.«
i. v.-Zugang	<ul style="list-style-type: none"> • »Jetzt lege ich Ihnen eine Nadel. • Das sticht jetzt mal kurz!« 	<ul style="list-style-type: none"> • »Ich lege Ihnen jetzt eine Infusion an, damit Sie wieder Flüssigkeit bekommen und wir jederzeit Medikamente geben können. • Ich fange jetzt an.«
Der Anästhesist	<ul style="list-style-type: none"> • »So, Herr ...? Ich bin der Anästhesist. 	<ul style="list-style-type: none"> • »Herr Schuster, schön Sie wiederzusehen. Sie wissen, ich bin Ihr Anästhesist, der Sie jetzt die ganze Zeit begleitet.« ...
Der Operateur	<ul style="list-style-type: none"> • »Da ist ja das Knie von der (Station) 53. Ihr Kniegelenk ist ja ein ziemlicher Scherbenhaufen, da wird einiges Debridement notwendig sein.« 	<ul style="list-style-type: none"> • »Ach ja, Herr Schuster: Nun ist es soweit, jetzt richten wir das. Sie können zuversichtlich sein, dass Sie Ihr Knie, wenn ich das Gelenk erst einmal geputzt habe, wieder gut verwenden können.« <p><i>(Gerade bei endoskopischen Eingriffen ist der Anteil des Placebo-Effektes sehr hoch [11], sodass die Wirksamkeit des Eingriffs ganz wesentlich von den begleitenden positiven Worten bzw. der ausgelösten positiven Erwartung abhängt.)</i></p>

Aus den psychologischen Grundbedürfnissen nach K. Grawe [13] und den Stressfaktoren, die eine posttraumatische Belastungsstörung (PTSD) auslösen können, lässt sich ableiten, welche Themen Menschen in Not hören wollen und müssen, welche Bereiche also in einer guten Kommunikation angesprochen werden sollten. Diese Themen müssen mit eigenen Worten benannt werden, um authentisch zu kommunizieren.

Tab. 1-7 Ableitung einer Grundkommunikation aus Grundbedürfnissen und Stressoren

(Psychologische) Grundbedürfnisse (n. K. Grawe)	Traumatisierende Stressoren	Themen der Grundkommunikation
Bindung und Zugehörigkeit	<ul style="list-style-type: none"> • Verlassenheit • Sich nicht äußern können 	<ul style="list-style-type: none"> • Begleitung • Kontakt
Lustgewinn und Unlustvermeidung	<ul style="list-style-type: none"> • Schmerz • Leid 	<ul style="list-style-type: none"> • Wohlbefinden
Orientierung und Kontrolle	<ul style="list-style-type: none"> • Chaos • Ausgeliefertsein • Hilflosigkeit 	<ul style="list-style-type: none"> • Information • Kontrolle • Anleitung
Selbstwerterhöhung und -schutz	<ul style="list-style-type: none"> • Entwürdigung • Angst, Bedrohung • Verletzung 	<ul style="list-style-type: none"> • Achtung • Sicherheit • Heilung

Evidenz

- Das medizinische Umfeld ist voller Negativsuggestionen mit ungünstigen Wirkungen auf Erkrankte und ihren Heilungsverlauf, die erkannt und vermieden werden müssen, bevor eine positive Kommunikation greifen kann [5, 14].
- In einer Untersuchung zur Blutabnahme war der Schmerz nach der Ankündigung »Das sticht jetzt!« signifikant stärker als nach »Achtung, ich fange jetzt an!« [12].
- Eine »Grundkommunikation« während des Transports vom Unfallort in ein Krankenhaus, bei der negative Kommunikation vermieden und positive Worte verwendet wurden, soll zu einer deutlichen Verbesserung des Outcomes geführt haben [7].
- Die begleitenden Worte tragen wesentlich zur Wirksamkeit einer medizinischen Behandlung bei [1], sei sie pharmakologisch [10] oder operativ [9, 11].
- Diese wirkungsverstärkenden Placebo-Effekte sollten wichtiger Bestandteil jeder Therapie sein, während der Einsatz von Placebos, d. h. Tabletten ohne Wirksubstanz oder Scheinoperationen, ethisch und rechtlich problematisch sind [8].

Worauf Sie achten sollten!

- Nutzen Sie jedes Beisammensein mit Kranken zur Kommunikation, auch bei Bewusstlosen.
- Nehmen Sie stellvertretend die Position der Kranken ein, erkennen Sie verbale und nonverbale Signale im medizinischen Umfeld und schalten Sie negative Suggestionen aus.
- Vermeiden Sie Negationen, verwenden Sie Ausdrücke wie z. B. »... damit Sie sich wohler fühlen« statt »... damit Sie weniger Schmerzen haben«.
- Erzeugen Sie positive Erwartungen (Placebo-Effekt) – nicht durch Schönreden oder Lügen, sondern durch Benennung des vorhandenen Positiven.

Merke

- Ohne das Erkennen und Vermeiden von Negativsuggestionen und Nocebo-Effekten im medizinischen Umfeld bleibt die Wirkung positiver Kommunikation begrenzt.
- Jede Behandlung sollte von positiver Kommunikation begleitet werden, sodass der Placebo-Effekt genutzt wird. Das ist viel wichtiger, als Placebos einzusetzen.
- Eine positive Erwartungshaltung mit Placebo-Effekt entsteht, wenn neben Informationen auch die Bedeutung kommuniziert wird oder wenn die psychologischen Grundbedürfnisse angesprochen und so erfüllt werden.

Literatur

- [1] Benedetti F. Placebo and the new physiology of the doctor-patient relationship. *Physiol Rev* 2013; 93: 1207–46.
- [2] Bergs J, Hellings J, Cleemput I, et al. Systematic review and meta-analysis of the effect of the World Health Organization surgical safety checklist on postoperative complications. *Br J Surg* 2014; 101(3): 150–58.
- [3] Bundesärztekammer. Stellungnahme des Wissenschaftlichen Beirats der Bundesärztekammer. Placebo in der Medizin. *Dtsch Arztebl* 2010; 107(28–29): 1417–21.
- [4] Burghofer K, Lackner CK. Kommunikation – Risikofaktor in der Akutmedizin. *Notfall Rettungsmed* 2010; 13: 363–67.
- [5] Häuser W, Hansen E, Enck P. Nocebophänomene in der Medizin: Bedeutung im klinischen Alltag. *Dtsch Arztebl* 2012; 109(26): 459–65.
- [6] Hansen E, Bejenke C. Negative und positive Suggestionen in der Anästhesie – Verbesserte Kommunikation mit ängstlichen Patienten bei Operationen. *Anaesthesist* 2010; 59: 199–209.
- [7] Hansen E, Zimmermann M, Dünzl G. Hypnotische Kommunikation mit Notfallpatienten. *Notfall Rettungsmed* 2010; 13: 314–21.
- [8] Hansen E, Zech N, Meissner K. Placebo/Nocebo: nützlich, schädlich, wie einsetzen bzw. vermeiden? *Der Internist* 2017; 58(10): 1102–10.
- [9] Jonas WB, Crawford C, Colloca L, et al. To what extent are surgery and invasive procedures effective beyond a placebo response? A systematic review with meta-analysis of randomized, sham controlled trials. *BMJ Open* 2015; 5:e009655. doi:10.1136/bmjopen-2015-009655
- [10] Meissner K, Linde K. Krankheitsspezifische Ausprägung von Placeboeffekten. Expertise für die Bundesärztekammer (BÄK), Berlin 2013. Online verfügbar unter: <http://www.bundesaerztekammer.de/downloads/Placeboeffekte-Linde.pdf> (Zugriffsdatum: 25. 7. 2018).
- [11] Moseley JB, O'Malley K, Petersen J, et al. A controlled trial of arthroscopic surgery for osteoarthritis of the knee. *New Engl J Med* 2002; 347(2): 81–88.
- [12] Ott J, Aust S, Nouri K, et al. An everyday phrase may harm your patients -The influence of negative words on pain during venous blood sampling. *Clin J Pain* 2012; 28(4): 324–328.
- [13] Stucki C, Grawe K. Bedürfnis- und Motivorientierte Beziehungsgestaltung. *Psychotherapeut* 2007; 52: 16–23.
- [14] Zech N, Seemann M, Hansen E. Nocebo-Effekte und Negativsuggestionen in der Anästhesie. *Anaesthesist* 2014; 63: 816–24.