

Kommunikation im medizinischen Alltag

Ein Leitfaden für die Praxis



Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften
Académie Suisse des Sciences Médicales
Accademia Svizzera delle Scienze Mediche
Swiss Academy of Medical Sciences

Herausgeberin

Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW)
Haus der Akademien, Laupenstrasse 7, CH-3001 Bern
mail@samw.ch, www.samw.ch

Gestaltung und Fotos

Howald Biberstein, Basel

Druck

Gremper AG, Basel

1. Auflage 2013 (4000 d, 1000 f)
2. Auflage 2019 (2500 d, 800 f)
- 3., unveränderte Auflage 2023 (2500 d)

Der gedruckte Leitfaden kann in deutsch und französisch kostenlos bezogen werden: order@samw.ch



Copyright: ©2023 Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften
Dies ist eine Open-Access-Publikation, lizenziert unter «Creative Commons Attribution» (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0>). Der Inhalt dieser Publikation darf uneingeschränkt und in allen Formen genutzt, geteilt und wiedergegeben werden, solange der Urheber und die Quelle angemessen angegeben werden.

Zitiervorschlag:

Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften (2023)
Kommunikation im medizinischen Alltag. Ein Leitfaden für die Praxis.

DOI: doi.org/10.5281/zenodo.8224985

Kommunikation im medizinischen Alltag

Ein Leitfaden für die Praxis

0. VORWORT	5
1. GRUNDLAGEN DER KOMMUNIKATION	8
1.1. Theorien und Modelle	9
1.2. Ziele der Kommunikation	11
1.3. Wahrnehmung und Gestaltung der kommunikativen Situation	13
1.4. Non- und paraverbale Kommunikation	17
1.5. Dokumentation des Gesprächs	20
2. GESPRÄCHSTECHNIKEN	22
2.1. Festlegen von Zeitgrenzen und Themen	22
2.2. WWSZ-Techniken	22
2.3. Umgang mit Emotionen – das NURSE-Modell	25
2.4. Vermitteln von Informationen	26
2.5. Umgang mit divergierenden Konzepten	30
2.6. Entscheidungsfindung	32
3. HERANFÜHREN AN SPEZIFISCHE GESPRÄCHSSITUATIONEN	35
3.1. Erstgespräch	35
3.2. Anamneseerhebung	36
3.3. Schlechte Nachrichten überbringen	38
3.4. Über schwierige Entscheidungen sprechen	41
3.5. Ansprechen heikler Themen: häusliche Gewalt	44
3.6. Ansprechen heikler Themen: Alkoholkonsum	47
3.7. Gespräch mit Angehörigen von kranken Kindern	52
3.8. Gespräch mit Angehörigen von Patienten mit Demenzerkrankungen	55
3.9. Arbeiten mit Dolmetschern	58
3.10. Gespräch über Patientenverfügungen und Wiederbelebung	64
3.11. Gespräch über Behandlungsfehler	68
3.12. Gespräch zwischen den Berufsgruppen	71
4. AUS- UND WEITERBILDUNG IN KOMMUNIKATION	75
5. ANHANG	78

Vorwort

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

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

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

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

Mittlerweile ist diese Asymmetrie kleiner geworden, das Gewicht hat sich in den letzten Jahren in Richtung Patient verschoben. Noch immer ist das Verhältnis zwischen Arzt und Patient zwar in den meisten Fällen asymmetrisch, denn der Patient kommt zum Arzt, um gesund zu werden, und viele Patienten sind froh, wenn der Arzt ihnen sagt, was zu tun ist. Aber immer mehr wird der Patient angehört und seine Wünsche werden respektiert. Sein Wille wird oft als wichtiger eingeschätzt als sein Wohl. Er wird vermehrt zum Kunden und der Arzt zum Dienstleister. Das ideale Gespräch sieht daher heute so aus: Arzt und Patient haben die Möglichkeit, Inhalt und Verlauf des Gespräches zu kontrollieren. Die Gesprächsführung wechselt ab.

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

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

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

*Prof. Wolf Langewitz, Basel
Präsident der Redaktionskommission*



Grundlagen der Kommunikation

Kommunikation ist allgegenwärtig. Da wir laufend miteinander kommunizieren, nehmen wir an, dass wir darüber ausreichend Bescheid wissen. Allerdings ist die Diskrepanz zwischen alltäglicher Erfahrung und Wissen gerade bei der Kommunikation besonders gross.

Es gibt drei verschiedene Formen von Kommunikation:

- Face-to-Face-Kommunikation als sprachliche und nichtsprachliche Kommunikation zwischen Anwesenden, die vielfältige Interpretation und unmittelbare Rückmeldung ermöglicht.
- Schriftlich und medial vermittelte Kommunikation zwischen Nichtanwesenden, die Zeit- und Raumgrenzen überwindet (Briefe, Telefon, E-Mails, Facebook usw.). Dabei kann es eine Antwortmöglichkeit geben, das breite nonverbale Spektrum einer Information fällt aber mehrheitlich weg.
- Massenmediale und öffentliche Kommunikation über Radio und Fernsehen, die in der Regel keine Antwort ermöglicht und an ein anonymes Publikum gerichtet ist.

Das Arzt-Patient-Gespräch ist eine typische Face-to-Face-Kommunikation; dazu zählen auch Alltagsgespräche, sachbezogene Kurzgespräche, ein Gedankenaustausch oder ein Konfliktgespräch zwischen zwei Personen, aber auch Arbeitsgespräche, Diskussionen oder Auseinandersetzungen in einer Gruppe sowie Frage-Antwort-Sequenzen.

Die Face-to-Face-Kommunikation unterliegt folgenden Bedingungen und Einflussfaktoren:

- **Personale Bedingungen** wie Temperament, Interesse, Motivation, Kompetenz in Kommunikationssituationen, physische Kommunikationsfähigkeit, Ängste und Einstellungen, Befindlichkeit usw.
- **Situationsmerkmale** wie die Qualität der Beziehung, die gemeinsame Basis zwischen den Gesprächspartnern, der Kommunikationsanlass an sich bzw. das Ziel des Gesprächs, aber auch räumliche Verhältnisse, Anwesenheit Dritter.
- **Kontextbedingungen** wie die Anregung und Unterstützung durch das Umfeld oder Werte und Normen der Gesellschaft.

Kommunikation entwickelt sich zur Interaktion, sobald das Gehörte, Gesehene oder Geschriebene interpretiert wird und Feedback möglich ist wie etwa bei einem Gespräch zwischen Arzt und Patient. «Ich muss erst die Antwort hören, um zu wissen, was ich gesagt habe», hat Norbert Wiener (1894 – 1964), Mathematiker und Begründer der Kybernetik, einst notiert. Interaktion bzw. zwischenmenschliche Kommunikation kann niemals als einseitige, mechanische und stabile Informationsübertragung betrachtet werden, denn mit der Aufnahme von Informationen aus der Umwelt selektieren wir diese nach unseren eigenen Bedingungen und Werten und verarbeiten sie aktiv weiter, bevor und während wir darauf reagieren. Zwischenmenschliche Kommunikation ist also aktives Handeln – ob verbal oder nonverbal.

Literatur

Nünning A., Zierold M.: Kommunikationskompetenzen. 4. Auflage. Klett, Stuttgart 2011.

Six U., Gleich U., Gimmler R. (Hrsg.): Kommunikationspsychologie. Beltz Psychologie Verlags Union, Weinheim 2007.

1.1. Theorien und Modelle

Es gibt verschiedene gängige Theorien zur Kommunikation, die aufzeigen können, wie sich zwischenmenschliche Kommunikationssituationen abspielen und wie sich die Individuen wechselseitig beteiligen.

Die Theorien lassen sich grob unterscheiden in solche, die Kommunikation als einen Prozess ansehen, bei dem zwischen A und B Material hin und her vermittelt wird, und solche, die Kommunikation als einen Prozess ansehen, der die einzelnen Protagonisten in ein gemeinsames Geschehen einbindet, in dem die Beiträge des Einzelnen nur schwer auszumachen sind.

Die erste Kategorie gleicht einem Tennismatch: Die Interaktionspartner stehen sich wie Tennisspieler auf beiden Seiten des Netzes gegenüber und spielen Bälle, bestehend aus verbalen Äußerungen und nonverbalen Botschaften, hin und her. In der zweiten Kategorie geht es mehr um die Atmosphäre, die diese Interaktion verbreitet, ohne konkrete Zuschreibung zu einer Person – sie entspräche dem, was man als Besucher von Wimbledon spürt, wenn man sich dem Central Court nähert, ohne dass man genau weiss, wer gegen wen spielt.

In die erste Kategorie gehört der deutsche Kommunikationswissenschaftler Friedemann Schulz von Thun. Von ihm stammt das Zitat: «Wir reden immer zugleich mit vier Zungen und hören mit vier Ohren.» Jede Nachricht hat demnach

vier mögliche Bedeutungs- und Verstehensebenen: Selbstkundgabe (Was ich von mir selbst kundgebe), Beziehungshinweis (Was ich von dir halte und wie wir zueinander stehen), Appell (Wozu ich dich veranlassen möchte) und Sachinhalt.

Typische Probleme in der Kommunikation entstehen dadurch, dass der Empfänger die Freiheit hat, die Botschaft auf einem Ohr seiner Wahl zu verstehen, was nicht immer der Intention des Senders entspricht. Missverständnisse liessen sich vermeiden, wenn nicht nur das Gesagte, sondern auch die eigene Intention dahinter deutlich würde.

Auf den österreichischen Kommunikationswissenschaftler Paul Watzlawick geht die Behauptung zurück, dass in jeder Form der Kommunikation ein Sachaspekt und ein Beziehungsaspekt miteinander verschränkt sind. Jede Kommunikation enthält nicht nur eine Information, sondern auch einen Hinweis, wie der Sender seine Botschaft verstanden haben will und wie er seine Beziehung zum Empfänger sieht, also eine Interpretation. Diese Aussage ist eines seiner fünf Axiome zur Kommunikation:

1. Man kann nicht nicht kommunizieren.
2. Jede Kommunikation hat einen Inhalts- und einen Beziehungsaspekt.
3. Kommunikation ist immer Ursache und Wirkung.
4. Menschliche Kommunikation bedient sich analoger und digitaler Modalitäten.
5. Kommunikation ist symmetrisch oder komplementär.

Gerade für die Kommunikation im Gesundheitswesen ist sein letztes Axiom wesentlich, in dem er darauf hinweist, dass Kommunikation nicht immer symmetrisch ist (wie bei ausgeglichenen Machtverhältnissen), sondern dass sie auch komplementär verläuft, wenn grosse Unterschiede zwischen den Beteiligten bestehen. Kontextfaktoren entscheiden darüber, in welcher Rolle die beiden Interaktionspartner sich begegnen; der Patient ist zum Beispiel bei der körperlichen Untersuchung als Erduldender in der weniger mächtigen Rolle, er verhält sich komplementär zu den Bedürfnissen des Arztes und kann zwei Stunden später als Controller im Spital dem Arzt als ähnlich Mächtiger gegenüber treten.

Weniger bekannt sind Theorien, die sich nicht auf die unmittelbare Interaktion, dafür mehr auf das Klima fokussieren, das zwischen den Interaktionspartnern entsteht. Dieses im Einzelnen schwer zu beschreibende Etwas wird oft mit dem Begriff der **Beziehung** umschrieben, es geht um das **Klima des Vertrauens**, das zwischen Menschen entstehen kann. Ein typisches Beispiel für solche Phänomene ist das Gefühl von **genug**, das sich in einem Aufklärungsgespräch zwischen Arzt und Patient nach einer bestimmten Zeit meistens einstellt. Was ist die Basis für dieses Gefühl, das den Patienten dazu veranlasst zu sagen: *«Danke, ich glaube, dass ich jetzt so ungefähr weiss, worum es geht. Ich bin einverstanden mit dem Eingriff, ich vertraue Ihnen.»*? Diese Aussage hat keine statistische Evidenz in dem Sinne,

dass der Patient wüsste, wie viel Prozent des Wissens des Arztes ihm jetzt mitgeteilt wurde, sie beruht auf einem gespürten «*Es ist gut jetzt*». Ein ähnliches Phänomen von Stimmigkeit ohne präzise Begründung gibt es auf der Zeitebene: Bei einem Krankenbesuch oder bei einer Besprechung stellt sich in einem bestimmten Moment das Gefühl ein, dass es jetzt Zeit ist zu gehen.

Literatur

Schulz von Thun F.: Miteinander reden 1 – Störungen und Klärungen. Rowohlt Taschenbuchverlag, Reinbek bei Hamburg 1981.

Watzlawick P., Beavin J., Jackson D.: Menschliche Kommunikation. Formen, Störungen, Paradoxien. Huber-Verlag, Bern 2000.

1.2. Ziele der Kommunikation

Die beiden Wissenschaftler Bird und Cohen-Cole haben im Jahre 1990 ein Modell vorgeschlagen, um die Ziele der Kommunikation zwischen Arzt und Patient zu beschreiben. Das Modell umfasst drei Ziele:

1. Daten gewinnen;
2. Patienten informieren;
3. auf die Gefühle von Patienten eingehen.

Andere Modelle fokussieren eher auf übergeordnete Ebenen. Entsprechend werden die Ziele umformuliert (z. B. das Modell von Lazare, Putnam, & Lipkin, 1995):

1. eine Beziehung entwickeln, beibehalten und abschliessen;
2. die Art des Problems identifizieren und im Verlauf überwachen;
3. Vermitteln von Informationen an den Patienten sowie Behandlungspläne implementieren.

Beim Vergleich dieser beiden frühen Modelle wird deutlich, dass sich Ziele auf ganz unterschiedlichen Niveaus definieren lassen. Das Ziel «Daten gewinnen» lässt sich durch die Beobachtung des Arztes verifizieren, der in der Lage ist, eine mehr oder weniger vollständige Anamnese zu erheben. Ähnliches gilt für das dritte Ziel im Modell von Bird und Cohen-Cole, das sich wiederum durch die Beobachtung konkreten Arztverhaltens verifizieren lässt, wann immer der Patient unmittelbar oder nur indirekt über seine Gefühle spricht. Im Modell Lazare et al. wird die Bedeutung der Beziehung zwischen Arzt und Patient hervorgehoben, die sich im Prinzip aus der Perspektive beider Interaktionspartner beschreiben liesse und bei der offen bleibt, welche Merkmale erfüllt sein müssen, um einem Arzt-Patienten-Gespräch das Attribut einer gelungenen Beziehung zu verleihen.

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

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

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

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

Literatur

de Haes H., Bensing J.: Endpoints in medical communication research, proposing a framework of functions and outcomes. *Patient Educ Couns.* 2009; 74: 287–94.

Bird J., Cohen-Cole S.A.: The three-function model of the medical interview. An educational device. *Adv Psychosom Med.* 1990; 20: 65–88.

Lazare A. et al. Three Functions of the Medical Interview. In: Lipkin M.; Lazare A.; Putnam S.M. (Hrsg.): *The Medical Interview: Clinical Care, Teaching and Research.* Springer-Verlag, New York 1995, S. 3–19.

Miller W., Rose G.: Toward a Theory of Motivational Interviewing. *Am Psychol.* 2009; 64: 527–37

Kinmonth A.L. et al.: Randomised controlled trial of patient centred care of diabetes in general practice: impact on current wellbeing and future disease risk. *BMJ.* 1998; 317: 1202–8.

1.3. Wahrnehmung und Gestaltung der kommunikativen Situation

Der amerikanische Psychologe Gordon Allport hat bereits im Jahre 1935 postuliert, dass menschliches Verhalten nicht so sehr von **objektiven** Stimulusbedingungen beeinflusst wird, sondern von der Art und Weise, wie die Person eine Situation **subjektiv** wahrnimmt und sie interpretiert.

Diese Interpretation einer Situation – wie jene einer zwischenmenschlichen Kommunikation zwischen Ärztin und Patient – beruht auf den Stimulusgegebenheiten und den Vorerfahrungen, den Zielen und Absichten, die wir in die Situation hineintragen. Die Wahrnehmung einer Situation ist das Ergebnis eines Konstruktionsprozesses: Als Beobachter einer Situation schliessen wir aus scheinbar getrennten und begrenzten externen Informationen auf Zusammenhänge, die aufgrund unserer vorhandenen Informationen nicht notwendigerweise begründbar sind.

Konstruktion von Wirklichkeit

Menschen bilden Hypothesen über die Bedingungen von vergangenen und aktuellen Situationen und treffen Vorhersagen über zukünftige Ereignisse. Menschen konstruieren sich also vor dem Hintergrund bereits gemachter Erfahrungen ihre eigene, für ihr Handeln praktikable emotionale und kognitiv ausgestaltete Wirklichkeit. Diese individuellen Wirklichkeitskonstruktionen – bestehend aus Motiven, Handlungsgründen, Einstellungen, Vorstellungen über gesellschaftliche Werte und Normen – bilden den individuellen Hintergrund für die Kommunikation. Beim unmittelbaren Zusammentreffen mit anderen Menschen probiert der Einzelne seine Wirklichkeitskonstruktionen aus, prüft, ob sie passen, und konstruiert sie möglicherweise neu. Zudem treffen Menschen aus jeweils verschiedenen kulturellen Kontexten mit unterschiedlichen Auffassungen (Bedeutungen) über den Ablauf von Handlungen aufeinander.

Einstellungen als Entscheidungselemente

Einstellungen haben eine zentrale Funktion bei der Organisation kognitiver Prozesse. Sie beziehen sich auf Personen, auf Objekte, Situationen sowie auf Sachverhalte. Sie enthalten positive oder negative Bewertungen und sie sind relativ überdauernd und verhaltenswirksam. Menschen treffen ständig auf andere Menschen, Objekte und Situationen, die sie wahrnehmen und in den bereits vorhandenen Wissensbestand einordnen.

Unlustvermeidung

In diesem Zusammenhang ist der Begriff der kognitiven Dissonanz wichtig. Damit wird ein innerer Spannungszustand bzw. ein Unlustgefühl bezeichnet, das entsteht, wenn die Gesprächsteilnehmer mit widersprüchlichen Informationen im Kommunikationsprozess konfrontiert werden. Gemäss Festingers Theorie besteht im Individuum eine starke Tendenz, nicht miteinander übereinstimmende kognitive Elemente zu vermeiden, also die erlebte kognitive Dissonanz zu reduzieren. Dabei ergibt sich die Stärke des Drucks bzw. der Motivation zur Dissonanzreduktion aus der Stärke der erlebten Dissonanz. So kann es sein, dass ein Patient das Gespräch mit dem Arzt möglichst meidet, weil ein bestimmter Spannungszustand vermieden werden soll: Ist z. B. der Patient überzeugt, die ideale Diagnose für sein Leiden (selbst) gefunden zu haben, wird er dem Druck des Umfeldes, sich vom Arzt untersuchen zu lassen, möglicherweise grossen Widerstand leisten.

Die Menschen sind offenbar bestrebt, sich ein Bild von der Wirklichkeit zu konstruieren, das möglichst widerspruchsfrei konsistent ist, bzw. wir suchen jene Umwelten auf, die uns in unseren Annahmen bestätigen.

Kommt es zu kognitiver Dissonanz, sind verschiedene Verhaltensweisen möglich, um damit umzugehen. Das beschriebene Verhalten ist dabei abhängig von Komponenten wie Sicherheit, Einstellung gegenüber Veränderungen usw.:

- Die bisherigen Einstellungen und Konstruktionen werden verändert.
- Die Mitteilung des Gesprächspartners wird ignoriert, verdrängt oder rasch vergessen.
- Zusätzliche Hinweise werden gesucht, um die bisherige Einstellung aufrechtzuerhalten.
- Der Gesprächspartner wird als unwichtige oder nicht kompetente Informationsquelle eingestuft.
- Es wird aktiv nach sozialer Bestätigung der eigenen Meinung gesucht.

Erwartungen gestalten die Realität

Im Gespräch können Konflikte zwischen Erwartungen und Realitäten entstehen: Hat ein Patient die Erwartung, vom Arzt eine bestimmte positive Diagnose zu erhalten, und die tatsächliche Diagnose ist negativ oder vollkommen andersartig, entsteht in dieser Situation ein realer Konflikt im Patienten.

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

Zudem beeinflussen Erwartungen die Wahrnehmung: So nimmt der Patient, der eine bestimmte Diagnose des Arztes erwartet, besonders klar jene Äusserungen wahr, die zu seinen Erwartungen passen. Oder: Wenn eine Ärztin mit bestimmten Erwartungen – z. B. zur Bestätigung ihrer Anliegen als Expertin – eine wissenschaftliche Publikation liest, werden ihr ganz besonders jene Textstellen ins Auge fallen, die diesen Erwartungen entsprechen.

Stimmige Kommunikation

Menschen können kommunikative Situationen erleben, in denen sie zwar sachlich verstanden werden, sich aber trotzdem hochgradig unwohl oder missverstanden fühlen und die sie nicht als erfolgreiche oder gelungene Kommunikation bezeichnen würden. Diese Unstimmigkeit kann eintreten, wenn man zwar in einer Situation «funktionieren», sich aber gefühlsmässig verstellen muss.

Schulz von Thun (1998) verfasste in Kombination mit seinem berühmtesten Modell **Kommunikationsquadrat** das Konzept der **Stimmigkeit**, das eine gelingende und erfolgreiche Kommunikation nicht als blosses Funktionieren auf der Sachebene misst, sondern verschiedene Ebenen von Kommunikation miteinbezieht. Das Konzept besagt, dass eine Kommunikation dann stimmig ist, wenn sie personell und situativ angemessen ist, bzw. wenn die Gesprächspartner das Gefühl haben, der Situation entsprechend zu handeln und trotzdem «sie selbst» bleiben zu können. Diese beiden Dimensionen stellt Schulz von Thun in einer Matrix dar, welche die vier Varianten von erfolgreicher oder weniger erfolgreicher Kommunikation markiert:

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

Das Vier-Felder-Schema stimmiger Kommunikation nach Schulz von Thun, 1998.

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

- **Angepasst** Die Kommunikation ist zwar der Situation angemessen, aber der Sprecher hat den Eindruck, sich verstellen zu müssen.
Ein Beispiel könnte der erste Termin in der Sprechstunde einer noch unbekanntem Ärztin sein. Zurückhaltung und Vorsicht, vielleicht sogar Unterwürfigkeit mögen in der Situation zwar hilfreich sein und als ausgesuchte Höflichkeit interpretiert werden, verhindern dabei aber das persönlich angemessene Verhalten.
- **Daneben (kommunikative Fettnäpfchen)** Personen erleben sich zwar authentisch, handeln aber der Situation unangemessen.
Beispiele dafür sind unpassende Witze oder unangebrachte Vertraulichkeiten, die nicht der Rollenbeziehung zwischen den Gesprächspartnern entsprechen.
- **Verquer** Es wird weder der Person noch der Situation entsprechend kommuniziert.
Diese eher seltene Variante von nichtstimmiger Kommunikation kann eintreffen, wenn wir zum Beispiel uns als Person nicht einbringen oder nicht authentisch darstellen können und uns zudem im «falschen Film» wähen.

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

Literatur

- Frindte W.: Einführung in die Kommunikationspsychologie. Beltz-Verlag, Weinheim 2001.
Bierbrauer G.: Sozialpsychologie. Verlag W. Kohlhammer, Stuttgart 2005.
Festinger L.: A Theory of Cognitive Dissonance. Stanford University Press, Stanford 1957.
Zimbardo P.: Psychology – Core Concepts. Allyn & Bacon Publishing, Boston 2005.
Nünning A., Zierold M.: Kommunikationskompetenzen. Klett-Verlag, Stuttgart 2011.
Schulz von Thun F.: Miteinander reden 3 – Das «innere Team» und situationsgerechte Kommunikation. Rowohlt, Reinbek 1998.

1.4. Non- und paraverbale Kommunikation

Eine Patientin trifft sehr verspätet in der Praxis ein und entschuldigt sich dafür mit einer Erklärung, die der Arzt als fadenscheinig wahrnimmt und sich still darüber ärgert. Im verbalen Ausdruck bagatellisiert er ihr Verhalten und versichert ihr, dass die Verspätung absolut kein Problem darstelle, macht aber gleichzeitig mit seiner Mimik und Körperhaltung deutlich, dass er ihr Verhalten nicht billigt. Die anschließende Behandlungszeit ist geprägt durch angespannte Kommunikation, beide fühlen sich nicht wohl.

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

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

Kurz zusammengefasst:

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

Ausdruck und Funktion von nonverbalen Zeichen

Gesten als nonverbale Zeichen sind Bewegungen der Arme, Hände und Finger. Die Mimik zeigen wir in schnellen und oft unauffälligen Gesichtsbewegungen, die unsere Gemütsverfassung und auch die Einstellung zum Partner widerspiegeln. Wir können sie allerdings nicht selbst als Betrachter wahrnehmen und ihre Wirkung nur aufgrund der Reaktion des Gegenübers abschätzen. Der Blick zeigt unseren Bezug zum Partner und drückt Zuneigung, Misstrauen oder auch Verständnis aus. Die Häufigkeit, Dauer und Intensität des Blickkontakts sind dabei relevante Charakteristiken des Blickes: Wir zeigen damit unter anderem, dass der

Gesprächspartner weiterreden kann, wir seinen Ausführungen folgen können oder ein Sprecherwechsel angesagt ist. Die Körperhaltung hingegen betrifft das gesamte Erscheinungsbild und zeigt z. B. an, ob sich der Gesprächspartner dem anderen zu- oder von ihm abwendet.

Ausdruck und Funktion von paraverbalen Zeichen

Zu den paraverbalen Zeichen gehören Intonation, Stimmlage, Stimmfärbung, Tempo, Rhythmus, Akzent, Intensität, Lautstärke usw. Einige paraverbale Zeichen sind genetisch bedingt – so etwa sprechen Frauen tendenziell mit höherer Stimme als Männer. Andere Zeichen sind sehr individuell einzuordnen: Manche Personen sprechen lauter als andere, möglicherweise bedingt durch ihren Körperbau oder auch durch familiäre Gewohnheiten. Zudem kann Paraverbales in unterschiedlichen Kulturen unterschiedlich akzeptiert und etabliert sein.

Paraverbale Elemente sind nie autonom, sondern immer sogenannte «Huckepack-Phänomene», die sich den vokalen Äußerungen aufpfropfen und sie modulieren. Diese Zeichen gestalten also jede vokale Äußerung mit.

Die folgenden Kontrollfragen haben sich bewährt:

- Wie bewusst bin ich mir, ob meine non- und paraverbalen Zeichen mit den jeweiligen sprachlichen Äußerungen übereinstimmen?
- In welchen Situationen sind diese beiden Ebenen meiner Äußerung besonders kongruent bzw. inkongruent?
- Kann die Inkongruenz durch die Mitteilung des eigenen Empfindens aufgehoben werden?

Pausen als Besonderheiten im Gespräch

Der Rhythmus einer Mitteilung ist besonders geprägt durch Tempo und durch Pausen. Was aber ist eine Pause? Wo liegt der Unterschied zur Stille? Der Linguist Hans Jürgen Heringer schreibt dazu: «Ein blosser Einschnitt zwischen Wörtern ist noch keine Pause. Die Pause entsteht erst, wenn das Aussetzen eine bestimmte Länge hat und dies als Besonderheit wahrgenommen wird.» So wird Stille als Pause gedeutet und ist dementsprechend wichtig für den Wortwechsel zwischen den Gesprächsteilnehmern.

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

Pausen in der Rede sind zudem in verschiedenen Kulturen unterschiedlich.

Auch hier gibt es Kontrollfragen:

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

Herausforderungen durch die kulturelle Prägung von nichtsprachlichen Zeichen

Auch wenn Paul Ekman (2004) nach seinen langjährigen, kulturübergreifenden Studien schlüssig darstellen konnte, dass die von ihm beschriebenen sieben Basisemotionen, Fröhlichkeit, Wut, Ekel, Furcht, Verachtung, Traurigkeit und Überraschung, bei allen Menschen in gleicher Weise erkannt und ausgedrückt werden, kann die nichtsprachliche Kommunikation nicht als universell angesehen werden. Nichtverbale Kommunikation ist gemäss Ekman zu «wesentlichen Teilen kulturspezifisch überformt», womit Schwierigkeiten bei der interkulturellen Begegnung vorprogrammiert sind.

Gestik kann in einer Kultur konventionell sein und etwas ganz Bestimmtes bedeuten, in einer anderen aber nicht. So werden in Bulgarien und in der Türkei sowohl das Kopfschütteln wie auch das Nicken für ein Ja verwendet – je nach Zusammenhang. Zudem spielt es eine Rolle, mit welcher Intensität es angebracht wird und ob das Kopfschütteln oder Nicken schnell oder langsam erfolgt.

In Japan wiederum ist Lachen oft nicht Ausdruck von Freude, sondern von Verlegenheit, was für Nichteingeweihte irritierend wirken kann. Auch der direkte Blickkontakt mit dem Gesprächspartner kann sehr divergierenden Regeln unterworfen sein: In der westlichen Kultur «gehört es sich», im Gespräch den direkten Blickkontakt zu halten, in anderen Kulturen hingegen ist dieser verpönt – so darf etwa eine Frau aus dem Vorderen Orient nur ihrem Mann direkt in die Augen schauen.

Literatur

- Argyle M.: Körpersprache und Kommunikation. Junfermann, Paderborn 2005.
- Heringer H. J.: Interkulturelle Kommunikation. Grundlagen und Konzepte. Francke, Tübingen und Basel 2010.
- Ekman P.: Gefühle lesen – Wie Sie Emotionen erkennen und richtig interpretieren. Spektrum Akademischer Verlag, München 2004.
- Maletzke G.: Interkulturelle Kommunikation: zur Interaktion zwischen Menschen verschiedener Kulturen. Westdeutscher Verlag, Opladen 1996.

1.5. Dokumentation des Gesprächs

Ein oft vernachlässigter, jedoch wesentlicher Aspekt einer professionellen Begegnung zwischen Arzt und Patient ist die Dokumentation. Vor allem in Polikliniken und Ambulanzen, in denen die betreuenden Ärzte häufig wechseln, aber auch in Gemeinschaftspraxen ist die kontinuierliche Betreuung durch eine ganz bestimmte Ärztin nicht immer gewährleistet. Daher kommt der schriftlichen Informationsübergabe eine entscheidende Bedeutung zu. Es gibt allerdings erst eine Arbeit, die untersucht, wie viel einer Konsultation im Krankenblatt dokumentiert wird.

In der Regel ist der Zusammenhang zwischen der Menge an Informationen, die Patienten geben und den Einträgen ins Krankenblatt nicht besonders zuverlässig. Ärzte notieren bis zu 90 Prozent dessen, was Patienten sagen, nicht im Krankenblatt. Das mag daran liegen, dass Ärzte in der Lage sind, Einzelbefunde in diagnostischen Oberbegriffen zusammenzufassen. Allerdings gilt dies kaum für den Bereich psychosozialer Informationen: Hier besteht das Risiko, dass das, was im Moment für den Patienten in seinem Leben im Vordergrund steht, keinen Eingang in die Krankenakte findet. Hier hat der Arzt ganz allein einen Entscheid darüber getroffen, was wichtig ist für den nachfolgenden Kollegen, denn in keinem der aufgezeichneten Gespräche wurde versucht, mit dem Patienten gemeinsam zu entscheiden, welche Informationen explizit ins Krankenblatt übernommen, welche in Form einer Zusammenfassung zumindest thematisch benannt und welche weggelassen werden sollten. Diese Chance in Bezug auf die Dokumentation des Gesprächsinhaltes wird nicht genutzt, scheint aber dringend geboten.

Literatur

Langewitz W.A., Loeb Y., Nubling M., Hunziker S.: From patient talk to physician notes – Comparing the content of medical interviews with medical records in a sample of outpatients in Internal Medicine. *Patient Educ Couns.* 2009; 76: 336–40.



Gesprächstechniken

2.1. Festlegen von Zeitgrenzen und Themen

Gerade bei einem Patienten, der die Spielregeln in einer Praxis oder in einer Ambulanz noch nicht kennt, ist es hilfreich, gleich zu Beginn mitzuteilen, welches Zeitbudget für diese Konsultation zur Verfügung steht. Falls die Ärztin bereits eine fixe Agenda hat, sollte sie dies am Anfang mit der Patientin besprechen und klären, welche Punkte die Patientin ihrerseits in der Konsultation besprechen möchte. Dieser Anfang der Konsultation ist bereits eine Chance für eine gemeinsame Entscheidungsfindung.

Während des Gespräches findet immer wieder ein Wechsel zwischen patienten- und arztzentrierter Gesprächsführung statt; dies folgt im Idealfall dem Ausmass der Konkretisierung ärztlicher Hypothesen: Wenn die patientenzentrierte Gesprächsphase ausreichend Material generiert hat, um Hypothesen zu formulieren, werden diese in einem arztzentrierten Gesprächsabschnitt verifiziert, münden unter Umständen in weiterführende Hypothesen ein, die dann in einem wiederum patientenzentrierten, allerdings mehr fokussierten Gesprächsteil vom Patienten aufgegriffen und weitergeführt werden. Dieser Wechsel bedingt unterschiedliche Redestile des Patienten, der zwischen freier Rede im Narrativ und kurzer, präziser Rede im Bericht hin- und herwechselt. Diese Abschnitte sollten dem Patienten als Themen- und Stilwechsel bekanntgegeben werden, damit er sich in seinem Sprachduktus entsprechend verhalten kann.

2.2. WWSZ-Techniken

Mit dem Akronym WWSZ werden vier typische Techniken der patientenzentrierten Gesprächsführung beschrieben, von denen vor allem das **W**arten, das **W**iederholen und das **S**piegeln den Raum öffnen bzw. offen halten. Das **Z**usammenfassen dient zum einen der Qualitätskontrolle der Ärztin und zum anderen hilft es, den Gesprächsablauf zu strukturieren.

Beim **W**arten besteht die grosse Herausforderung darin, herauszufinden, wie lange eine Pause dauern darf, ohne dass eine bedrückende Stille entsteht. Eine Faustregel besagt, dass Pausen bis zu drei Sekunden Länge nicht als unangenehm erlebt werden. Damit die Pause bzw. das Warten als Einladung verstanden wird, muss die Aufmerksamkeit der Ärztin auf die Patientin ausgerichtet bleiben, was sich vor allem durch Augenkontakt manifestiert.

Selbstverständlich hat eine Pause noch andere rhetorische Funktionen, die sich auch in der Arzt-Patienten-Kommunikation einsetzen lassen. Die erste Funktion des Wartens ist die Einladung: Die Patientin erhält die Möglichkeit, in Ruhe darüber nachzudenken, ob sie noch mehr sagen kann oder wie sie ihr Anliegen formulieren möchte. Das gleiche Recht kann allerdings auch die Ärztin beanspruchen, wenn sie nach einer überraschenden oder besonders beeindruckenden Patientenaussäuserung eine Pause entstehen lässt, in der sie das Gehörte verarbeiten möchte. Wenn sie ihren Eindruck formuliert, sollte sie darauf achten, dass die eigene Betroffenheit nicht so viel Raum einnimmt, dass die Patientin ihren eigenen Erzählakt nicht mehr fortsetzen kann.

Die beiden folgenden Funktionen stammen aus der rhetorischen Werkzeugkiste: Pausen dienen dem Hochstufen von Äusserungen, indem sie entweder vorangegangene oder nachfolgende Äusserungen bedeutsamer erscheinen lassen. Besonders auffallend wird das Fehlen einer hochstufenden Pause im Anschluss an eine Äusserung, mit der die Ärztin ihr Mitgefühl gezeigt hat, z. B. mit einem Satz wie: *«Ich kann sehr gut verstehen, dass Sie das sehr beeinträchtigt.»* Wenn diese Äusserung ohne Pause gefolgt wird von einer Überleitung zum nächsten Thema (*«Jetzt wüsste ich gerne noch, wie Ihnen die neuen Tabletten bekommen»*), wird die erste Äusserung entwertet, sie wird tiefer gestuft.

Beim **Wiederholen** werden schlichte Worte wiederholt, die die Patientin gerade geäußert hat; dies ist nur dann sinnvoll, wenn ein stockender Redefluss wiederbelebt werden soll:

Patientin: *«Na ja, und dann meinte mein Mann, ich solle doch mal mit Ihnen darüber reden, ob das vielleicht vom Herzen kommen könnte.»*

Patientin: Schaut die Ärztin an und schweigt. [Offenkundig erwartet sie jetzt eine Aktion der Ärztin]

Ärztin: *«Vom Herzen?»*

Patientin: *«Na ja, weil es bei ihm mit dem Herzen ganz ähnlich angefangen hat. Der hatte auch immer so ein Kältegefühl im Unterkiefer und so einen Druck in der Brust, und hinterher war's dann ein richtiger, grosser Herzinfarkt.»*

Beim **Spiegeln** greift die Ärztin etwas von dem auf, was sie von der Patientin gehört oder wahrgenommen hat. Der Begriff impliziert, dass tatsächlich nur das zurückgemeldet wird, was von der Patientin in den Diskurs eingebracht wurde.

Ärztin: *«Und jetzt machen Sie sich auch Sorgen, dass es bei Ihnen etwas Schlimmes sein könnte ...?»* [Spiegeln auf Emotion; Benennen der Emotion]

Patientin: *«Ja, es kommt noch dazu, dass meine Mutter in einem ähnlichen Alter wie ich, so ungefähr Mitte 50, im Urlaub auf Mallorca aus heiterem Himmel eine Herzattacke hatte; da sind die dann ganz schnell mit einem Ambulanzflugzeug wieder nach Hause gekommen, und die Ärzte haben gesagt, dass sie nochmal richtig Glück hatte.»*

Ärztin: *«Na, da kann ich gut verstehen, dass Sie sich Sorgen machen.»*
[Verständnis zeigen für Emotionen]

Diese Technik lässt sich insofern unter der Überschrift «Raum öffnen» subsumieren, als sie mit dem Ziel eingesetzt wird, der Patientin weitere Äusserungen zu erleichtern. Sie hat nicht den Charakter einer abschliessenden, bewertenden Stellungnahme. Dieser Unterschied ist allerdings bei der Verschriftlichung nicht immer deutlich auszumachen. Er ergibt sich vor allem aus der Stimmführung, die bei einer affirmativen Feststellung am Ende des Satzes abfällt und bei einem Spiegeln, das als Einladung verstanden wird, in einem eher fragenden Ton in die Höhe geht.

Das **Zusammenfassen** hat in der Regel nicht die Funktion einer Öffnung des Raumes, sondern es erlaubt der Ärztin, zu überprüfen, ob sie das, was die Patientin ihr mitteilen wollte, korrekt verstanden hat. Es entspricht einem Schliessen der Schleife, nur diesmal in der anderen Richtung: Die Patientin liefert Informationen und die Ärztin schliesst die Schleife, indem sie von sich aus der Patientin mitteilt, was bei ihr angekommen ist. Darüber hinaus bietet das Zusammenfassen der Ärztin die Möglichkeit, zu entscheiden, welche Aspekte sie ausführlich und welche sie eher summarisch wiedergibt. Die Ärztin könnte z. B. eine ausführliche Schilderung der schwierigen Berufssituation einer Patientin mit dem Satz: *«... und offenkundig sind Sie im Moment im Beruf extrem unter Druck ...»* auf hohem Abstraktionsniveau wiedergeben.

2.3. Umgang mit Emotionen – das NURSE-Modell

Hinter diesem Akronym verbergen sich fünf Techniken, die im Umgang mit emotionalen Äusserungen einer Patientin hilfreich sind:

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

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

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

Gerade wenn Patienten von schwierigen Lebenssituationen berichten, ergibt sich immer wieder die Möglichkeit, ihre Bemühungen, um mit einer Belastung fertig zu werden, positiv zu konnotieren. Eine typische Sequenz für das Zeigen von Respekt gegenüber einer Patientin (**Respecting**) ist im nächsten Abschnitt wiedergegeben.

Die Patientin hat ihren Mann vor einem halben Jahr verloren und ist traurig, sie weint, als sie von diesem Verlust erzählt. Sie berichtet dann, dass sie vor zwei Wochen in der Volkshochschule einen Sprachkurs begonnen hat, weil sie mit ihrer Freundin in einem halben Jahr nach Andalusien fahren möchte zum Sightseeing. Sie schliesst diesen Absatz mit der Bemerkung:

Patientin: «... mal schauen, ob ich das Spanisch aus dem Kurs dann auch gebrauchen kann.»

Ärztin: «Das ist sicher eine schwierige Zeit für Sie [Benennen der Emotion]. Aber ich finde es toll, dass Sie wieder etwas unternehmen und noch eine neue Sprache lernen.»

Das **Supporting**, also das Anbieten von Unterstützung, ist nicht unbedingt eine eigentliche Kommunikationstechnik, es beschreibt aber das an sich naheliegende Bedürfnis, einem Menschen in Not zu helfen, und wird dann professionell, wenn diese Hilfe zunächst in Form eines Angebotes erwähnt und nicht bereits in die Tat umgesetzt wird.

Der letzte Punkt betrifft das Klären nicht eindeutiger oder fehlender Gefühle: **Exploring**. Dieses Verhalten wird besonders dann empfohlen, wenn die Ärztin keine Idee hat, in welcher emotionalen Verfassung ihre Patientin im Moment ist. Sie spürt, dass etwas im Raum steht, hat aber zu wenig Informationen bzw. spürt selbst zu wenig intensiv ein eigenes Erleben, um mit einem Naming/Spielen fortzufahren.

2.4. Vermitteln von Informationen

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

Ärzte unterschätzen meist die Schwierigkeit, Informationen an eine Person zu übermitteln, die nur über vage medizinische Kenntnisse verfügt. Grundkenntnisse über die Funktion einer Lunge (bringt Sauerstoff ins Blut) oder des Herzens (pumpt das Blut im Kreislauf herum) sind nicht immer vorhanden.

Daher ist es sinnvoll, während der Vermittlung immer wieder zu überprüfen, wie ein Patient mit Informationen umgeht, ob er sie in vorbestehende Konzepte einbetten kann oder nicht. Je besser es gelingt, neues Wissen in vorhandenes Wissen zu implantieren, desto grösser ist die Wahrscheinlichkeit, dass Neues verstanden und behalten wird. Auch bei Patienten mit einem gewissen Vorwissen (z. B. Patienten mit länger bestehendem Diabetes) lohnt es sich, zunächst herauszufinden, was sie bereits wissen, um die neue Information passgenau in die Matrix des bereits Bekannten einzufügen.

Informationen erzeugen beim Empfänger häufig Fragen, z. B. zur Bedeutung für die eigene Situation, zu den Konsequenzen im Langzeitverlauf oder zu den Risiken und zum Nutzen einer Intervention. Diese Fragen steuern im Idealfall, wie viele Informationen in welcher Detailgenauigkeit eine Patientin benötigt. Um herauszufinden, welche Fragen eine Patientin konkret hat, muss sie die Möglichkeit erhalten, Informationen erst einmal zu verdauen. Daher kommt die Empfehlung, nach zwei bis drei Informationen Pausen einzustreuen und abzuwarten, ob sich Fragen ergeben oder nicht.

Es empfiehlt sich, den Prozess der Informationsvermittlung zu strukturieren: Genau so, wie ein Buch seinen Inhalt in bestimmten Abschnitten präsentiert (Titel, Inhaltsverzeichnis, Kapitelüberschriften, Text, Anhang), sollte Information auch bei mündlicher Übermittlung gegliedert werden.

Beispiel: *«Ich möchte mit Ihnen über den Eingriff morgen sprechen, die Spiegelung der Brusthöhle.»* Pause. *«Dabei würde ich gerne folgende Punkte besprechen:*

1. *Warum wir diesen Eingriff machen wollen.*
2. *Wie genau er ablaufen wird.*
3. *Was die Risiken des Eingriffs sind.*
4. *Wie es danach weitergehen wird.»*

Pause.

Wenn der Patient mit diesem Vorgehen einverstanden ist, geht es zurück zur ersten Kapitelüberschrift:

«Also, zum ersten Punkt: Warum wir diesen Eingriff machen wollen.»

Dann folgt der eigentliche Text.

Selbst mit einer klaren Gliederung ist die Menge an neuer Information, die ein Mensch überhaupt aufnehmen kann, endlich. Die «Cognitive Load Theory» geht davon aus, dass das Arbeitsgedächtnis mit 7 (+/- 2) Informationen umgehen kann. Weiter kann ein Mensch bestenfalls zwei bis vier Elemente gleichzeitig bearbeiten, und Informationen gehen nach etwa 20 Sekunden wieder verloren, wenn sie nicht in irgendeiner Form wieder aufgefrischt werden.

Die «Cognitive Load Theory» geht weiter davon aus, dass die einzelnen Prozessoren des Arbeitsspeichers jeder für sich überlastet werden können. Dies führt zu der Empfehlung, Informationen nicht nur auf einem Kanal zu vermitteln, sondern mündliche und schriftliche Informationen zu kombinieren. Entsprechende Versuche waren zwar nicht immer von Erfolg gekrönt, scheinen aber mit dem Einsatz interaktiver multimedialer Informationsmodule das Behalten und Verstehen von Information zu verbessern.

Wenn es um die Verarbeitung von Informationen geht, die bereits im Langzeitpeicher abgelegt sind, unterliegt dagegen das Arbeitsgedächtnis praktisch keiner Mengenbeschränkung. Für die medizinische Praxis bedeutet dies, dass Patienten, die zum ersten Mal über eine Erkrankung oder einen Eingriff informiert werden, weitaus weniger aufnehmen können, als wir ihnen in der Regel zumuten.

Als letzter Punkt sollte erwähnt werden, dass Ärzte sehr selten überprüfen, was Patienten verstanden haben. Die Arbeit von Schillinger, D. et al. hat gezeigt, dass nur 15 von 124 neuen, einzelnen Informationen von Ärzten daraufhin überprüft wurden, ob sie von Patienten auch wirklich verstanden wurden. Acht von fünfzehn Informationen waren korrekt verstanden worden, bei sieben hatten Patienten nicht das verstanden, was die Ärztin ihnen übermitteln wollte.

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

A: «Ich finde es ganz schön schwierig, diesen Eingriff gut zu erklären. Ich weiss nicht, ob ich das gut hinkriegen werde. Deshalb wäre ich froh, wenn Sie ab und zu mal sagen könnten, was Sie verstanden haben von meinen Erklärungen. Wenn das dann nicht so ganz stimmt, muss ich versuchen, es besser zu erklären.»

Literatur

Armstrong K. et al.: Using survival curve comparisons to inform patient decision making can a practice exercise improve understanding? J Gen Intern Med. 2001; 16: 482–5.

Doak C.C., Doak L.G., Friedell G.H., Meade C.D.: Improving Comprehension for Cancer Patients with Low Literacy Skills: Strategies for Clinicians. CA Cancer J Clin. 1998; 48: 151–62.

Cohn E., Larson E.: Improving participant comprehension in the informed consent process. J Nurs Scholarsh. 2007; 39: 273–80.

Edwards A.G. et al: Personalized risk communication for informed decision making about taking screening tests. Cochrane library 2008.

Schillinger D. et al.: Closing the Loop – Physician Communication With Diabetic Patients Who Have Low Health Literacy. Arch Intern Med. 2003; 163: 83–90.

Turner P, Williams C.: Informed consent: patients listen and read, but what information do they retain? N Z Med J. 2002; 115: 218–25.

Watson P.W., McKinstry B.: A systematic review of interventions to improve recall of medical advice in healthcare consultations. J R Soc Med. 2009; 102: 235–43.

van der Meulen N. et al.: Interventions to improve recall of medical information in cancer patients: a systematic review of the literature. Psycho-Oncology. 2008; 17: 857–68.



2.5. Umgang mit divergierenden Konzepten

Es ist eher die Ausnahme, dass Patient und Arzt die gleichen Vorstellungen über die Erkrankung und deren Behandlung haben. Besteht eine genügend grosse gemeinsame Schnittmenge der Vorstellungen, so stören die übrigen Unterschiede wenig. Divergieren jedoch die Konzepte von Arzt und Patient stark, so kann dies eine sinnvolle Diagnostik und Therapie verunmöglichen.

Beispiel: Der Patient ist überzeugt, dass er zu viele Medikamente einnimmt. Die mögliche Medikamenteninteraktion sieht er als gefährlich an, weswegen er die Medikamente auf die Hälfte reduziert. Er nimmt nur jene Medikamente weiter ein, die nicht allzu gross sind und die gegen seine Schlaflosigkeit helfen. Er hätte sein Vorgehen nie mit seinem Arzt besprochen, wenn der ihn nicht bei einem Hausbesuch nach der Schachtel für die Medikamenteneinnahme gefragt hätte.

Die folgenden Gesprächstechniken und Schritte eignen sich zur Exploration des Patientenkonzepts und zum Verhandeln:

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

Beispiel: *«Viele Patienten haben Mühe, die vielen Medikamente regelmässig einzunehmen. Wie ist das bei ihnen?»*

Konzept des Patienten explorieren Zur Exploration des Konzepts des Patienten ist das «Common sense model of illness» von Leventhal gut geeignet:

- Was ist das? (Identity)
- Was ist die Ursache? (Cause)
- Was sind die Folgen? (Consequences)
- Wie ist der zeitliche Verlauf? (Time Line)
- Wie kann man das behandeln? (Control)

Der Patient soll durch patientenzentrierte Gesprächstechniken zum Erzählen gebracht werden. Patienten wissen, dass ihr Konzept oft nicht mit dem des Arztes übereinstimmt, und das Offenlegen kann als Vertrauensbeweis für den Arzt angesehen werden. Oft haben die Patienten kein vollständiges Konzept, sie haben nur über bestimmte Anteile des «Common sense model of illness» nachgedacht.

Funktionelle Anteile des Konzeptes anerkennen Nach der Zusammenfassung des Patientenkonzeptes versucht der Arzt, die funktionellen Anteile des Patientenkonzeptes anzuerkennen.

Gibt es wenige oder keine brauchbaren Anteile, kann der Arzt erwidern:

«Ich finde es gut, dass sie so offen mit mir über ihre Mühe sprechen, die Medikamente einzunehmen, und ihre Gründe darlegen ...»

Dysfunktionale Anteile des Konzeptes ansprechen und eigenes medizinisches Konzept offenlegen Nachdem die brauchbaren Anteile des Patientenkonzeptes besprochen wurden, sollten direkt und nicht moralisierend die dysfunktionalen Anteile des Patientenkonzeptes angesprochen werden.

Beispiel: *«Ich kann verstehen, dass sie keine unnötigen Medikamente einnehmen wollen. Wenn sie aber die Hälfte der verordneten Dosis einnehmen, haben Sie nicht die Hälfte der erwünschten Wirkung, sondern gar keine Wirkung.»*

«Asking permission» ist ein wichtiges Element des «Motivational interviewing» bevor man das eigene medizinische Konzept erklärt.

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

Die meisten Patienten stimmen dem zu. Bei den seltenen Ausnahmen ist der Versuch der Wissensvermittlung zum jetzigen Zeitpunkt sinnlos und anderes muss zuerst geklärt werden.

Verhandeln (braucht Zeit) Wenn der Arzt das Konzept des Patienten kennt, ist es oft einfacher, in einen Verhandlungsprozess einzutreten.

Beispiel: *«Ich kann verstehen, dass Sie nicht unnötig Medikamente einnehmen wollen. Wie wäre es mit der Einsparung dieser Medikamente, weil Sie durch eine Umstellung ihrer Lebensweise schon viel erreichen können.»*

Gemeinsames Konzept erarbeiten und mit Patient überprüfen Nach unterschiedlicher Verhandlungsdauer sollte der Arzt das gemeinsame Konzept zusammenfassen und auf die Reaktion des Patienten warten.

Beispiel: *«Also ich fasse zusammen: Sie nehmen ab sofort das eine Medikament in der Dosierung wie besprochen. Dafür lassen Sie die beiden anderen Medikamente weg und stellen ihre Lebensweise um.»*

Pause.

Patient: *«Ok.»*

Arzt: *«Die Umstellung ist oft nicht einfach. Sind sie mit dem Versuch einverstanden?»*

Patient: *«Ich möchte es versuchen.»*

Literatur

Leventhal H., Brissette I., Leventhal E.A: The common-sense model of self-regulation of health and illness. In: Cameron L.D., Leventhal H. (Hrsg.): The Self-Regulation of Health and Illness Behaviour. Routledge, London 2003, S. 42–65.

Miller W.R., Rollnick S.: Motivational interviewing: Preparing people to change addictive behavior. Guilford Press, New York 1991.

2.6. Entscheidungsfindung

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

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

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

Das ärztliche Verhalten in der partizipatorischen Entscheidungsfindung kann mit Hilfe des Fragebogens PEF-FB-9 erfasst werden. Die wichtigsten Gesprächstechniken sind:

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

Was sind die Optionen? Siehe 3.4. Über schwierige Entscheidungen sprechen.

Was sind die Vor- und Nachteile der Optionen? Siehe 3.4. Über schwierige Entscheidungen sprechen.

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

- Der Patient überlässt den Entscheid dem Arzt
«*Sie sind der Experte! Wenn ich mein Auto in die Garage bringe, muss ich auch dem Mechaniker vertrauen, wenn er mir sagt, dass etwas repariert werden muss.*»

- Der Patient trifft den Entscheid ohne den Arzt
«Heute treffe ich keinen Entscheid. Ich muss mir noch anhören, was Ihr Kollege meint, als Zweitmeinung.»
- Der Patient trifft den Entscheid gemeinsam mit dem Arzt
«Ich möchte gerne den Entscheid mit Ihnen gemeinsam treffen – nachdem ich das Für und Wider der Optionen mit Ihnen durchgegangen bin.»

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

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

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

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

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

Literatur

Shaw D., Elger B.S.: Evidence-based persuasion: an ethical imperative. JAMA. 2013; 309(16): 1689–90.



Heranführen an spezifische Gesprächssituationen

3.1. Erstgespräch

Der erste Kontakt mit einem anderen Menschen birgt die grosse Chance, sich einen ersten Eindruck zu verschaffen. Mit diesem Begriff ist das umfassende und im Einzelnen nicht zu erklärende Phänomen angesprochen, dass wir oft einen eindeutigen Eindruck vom Anderen haben, der weit über das hinaus geht, was wir an einzelnen Fakten von ihm wissen. Ein typisches klinisches Anwendungsbeispiel wird vor allem Pädiatern vertraut sein: Dass ein Kind krank ist, kann spürbar sein, ohne dass sich dieser Eindruck so einfach wie in der Erwachsenenmedizin mit einem Laborbefund oder einem bildgebenden Verfahren verifizieren liesse.

In der Psychotherapie wurde diesem ersten Eindruck lange grosse diagnostische Bedeutung beigemessen: Es galt die Devise, dem Patienten initial möglichst viel Raum zu geben, damit er ungestört von ärztlichen Interventionen seine Geschichte gemäss seinen Bedürfnissen und Möglichkeiten erzählen könne.

Im idealtypischen Erstgespräch lassen sich zwei grundlegend verschiedene Modi unterscheiden:

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

Um Hypothesen zu generieren, sind gezielte Fragen sinnlos, denn das Ziel ist nicht bekannt. Hier ist es angebracht, dem Patienten einen Erzählraum zu öffnen, z. B. mit der unter 2.2 beschriebenen Technik WWSZ. Um Hypothesen zu überprüfen, sind gezielte Fragen geeignet, die der Präzision oder Unschärfe der Arbeitshypothese angemessen sein sollten.

Beispiele:

«*Haben Sie in letzter Zeit vermehrt Probleme beim Atmen gehabt?*» zielt eher auf eine sich verschlechternde Herz- oder Lungenfunktion.

«*Haben Sie denn die Wassertabletten in letzter Zeit nicht mehr so regelmässig genommen?*» zielt punktgenau auf vermutete Probleme mit der Therapietreue.

Ein besonderes Problem stellt sich bei kontinuierlichen Kontakten in der Hausarztmedizin oder auf der Visite bei längerem stationärem Aufenthalt, weil Ärzte dazu neigen, anzunehmen, sie wüssten, was sie bei einem Patienten erwarten können. Es wäre hilfreich, jedes Gespräch, in dem z. B. neue Befunde besprochen werden, wie ein Erstgespräch anzusehen, in dem sich der Patient von einer bisher nicht gekannten Seite zeigen kann – wenn er denn die Möglichkeit dazu erhält und nicht innert weniger Sekunden von der Fachperson daran gehindert wird.

3.2. Anamneseerhebung

Das nachfolgende Schema gilt in Situationen, in denen mindestens 15 Minuten für das Erheben einer Anamnese zur Verfügung stehen. Wenn dies nicht gewährleistet ist oder ein akutes Krankheitsbild vorliegt, gilt die Beschränkung auf «Jetziges Leiden» und «Spezielle Anamnese»; ausgewählte Fragen zur Eigenanamnese oder zur Systemanamnese sind dann indiziert, wenn sie die Diagnostik oder die Notfalltherapie beeinflussen könnten (z. B. Allergien, Unverträglichkeiten, aktuelle Medikation).

Jetziges Leiden

Warum kommt der Patient jetzt zum Arzt/ins Spital? Wenn das Problem nicht unmittelbar ersichtlich ist (z. B. blutende Wunde):

Freiraum schaffen für den Patienten

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

Während der Patient spricht, stellen sich zwei Aufgaben:

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

Wenn der Patient das Rederecht an die Ärztin übergibt und sie weiss, worum es geht, wenn sie ein Muster in den Angaben des Patienten entdeckt hat und eine Arbeitshypothese formulieren kann, bringt die Ärztin ihre Sichtweise ein:

- Übernahme der Gesprächsführung ankündigen (**Struktur**).
- Ggf. **Zusammenfassung** mit einer ersten **Information** über die ärztlichen Hypothesen.

- Erweiterung der Symptombeschreibung mit Fragen nach:
 - **Zeit** Wann das erste Mal aufgetreten, Dauer, Verlauf?
 - **Ort** Wo am deutlichsten, Ausstrahlung?
 - **Qualität** Wie lässt es sich beschreiben, wie intensiv ist es? Begleitsymptome?
 - **Einflussfaktoren** Was macht es schlimmer, was macht es erträglicher?

Spezielle Anamnese

Angaben in diesem Abschnitt beantworten die Fragen:

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

Eigenanamnese/Persönliche Anamnese

- War diese Patientin in ihrem bisherigen Leben jemals krank? Wurde sie jemals operiert? Wie hat sie bestimmte Lebensabschnitte (Kindheit, Adoleszenz, Schwangerschaften, Geburten usw.) bewältigt?
- Je nach Interesse der Ärztin und verfügbarem Zeitrahmen wird die leere Bühne wieder zur Verfügung gestellt mit patientenzentrierter Kommunikation, oder die Ärztin bleibt auf der Bühne präsent und führt die Patientin mit **fokussierenden und geschlossenen Fragen**.

Systemanamnese/vegetative Anamnese

- Gibt es irgendwelche Hinweise darauf, dass in einem physiologischen System des Patienten (Atmung, Kreislauf, Ernährung usw.) Besonderheiten auftreten? Gibt es andere Symptome, die nicht spontan erwähnt wurden?
- Normalerweise der Abschnitt der Anamnese, in dem der Arzt eine Serie von **geschlossenen oder fokussierenden Fragen** stellt (s. Listen auf den typischen Anamneseschemata; hier auch Fragen nach aktuellen Medikamenten und Allergien).

Familienanamnese

- Gibt es ähnliche Krankheitsbilder in der Familie der Patientin?
- Gibt es andere Erkrankungen mit Vererbungstendenz in ihrer Familie (z. B. Hochdruck, Depression, Typ-II-Diabetes, bestimmte Tumorerkrankungen)?

- In diesem Abschnitt ist **Strukturieren** wichtig: Der Patient sollte wissen, warum der Arzt sich für die Familiengeschichte interessiert und wie detailliert er informiert werden möchte.
- Überwiegend **fokussierende** und **geschlossene Fragen**.

Sozialanamnese

- Unter welchen sozialen Bedingungen lebt dieser Patient?
- Wie geht er mit der Erkrankung im Alltag um?
- Wenn es keine spezifischen Hinweise z. B. auf berufsbedingte Erkrankungen gibt (z. B. Kontaktallergien, Schlafstörungen bei Schichtarbeit), Bühne öffnen für den Patienten mit patientenzentrierter Kommunikation; sonst **fokussierende Fragen**.
- Nach Abschluss der vollständigen Anamnese **Zusammenfassen**, **Informieren** über die Arbeitshypothesen und die nächsten Schritte in Diagnostik und Therapie.

Besonderheiten in den einzelnen Fächern

Gerade in der Systemanamnese wird deutlich, dass die einzelnen Fächer unterschiedlich genaue Angaben zu einzelnen Organsystemen oder funktionellen Systemen fordern (Menarche, Regelanamnese, Art der Geburten, Menopause usw. in der Gynäkologie).

Für einzelne Krankheitsbilder gibt es spezielle Fragen, mit denen in der **Speziellen Anamnese** der Schweregrad einer Erkrankung eingeschätzt wird (z.B. schmerzfreie Gehstrecke bei der PAVK).

3.3. Schlechte Nachrichten überbringen

In der wissenschaftlichen Literatur über ärztliche Gesprächsführung gibt es kaum eine Gesprächssituation, die so intensiv beforscht ist wie das Überbringen von schlechten Nachrichten. Das bekannteste Lehr- und Lernmodell ist **SPIKES**:

Setting

Perception

Invitation

Knowledge

Empathy

Strategy and summary

Es fragt sich allerdings, ob sich ein derart umfangreiches Modell auf den klinischen Alltag übertragen lässt. Vor allem der zweite Punkt (Perception) ist umstritten, da sein Befolgen (*«Haben Sie denn eine Idee, was wir heute miteinander besprechen werden?»*) den Patienten unnötig auf die Folter spannt. Es macht vielleicht Sinn, die Erwartungen und Befürchtungen des Patienten vorgängig zu erfassen, wenn z. B. dem Onkologen nicht klar ist, ob der Patient überhaupt weiss, dass es jetzt um einen kritischen Befund geht.

Mehr an der klinischen Realität orientiert sich das folgende Prozedere, das zudem die basalen Kommunikationstechniken im Bereich von Struktur, Vermitteln von Informationen und Aufgreifen von Emotionen integriert. Es lässt sich mit dem Akronym **BAD** beschreiben, wobei **B** für **Breaking bad news**, **A** für **Acknowledge patient's reactions**, und **D** für **Develop plans for the near future** steht. Diesem Dreischritt lassen sich detaillierte Punkte zuordnen:

Breaking bad news

Was muss ich wissen? Bevor der Arzt die Information gibt, muss er sich selbst informieren.

Was weiss der Patient? In Situationen, in denen der Arzt als Spezialist erstmalig zugezogen wird, ist es ratsam, den Patienten zu fragen: *«Können Sie mir kurz sagen, was Sie über Ihre Krankheit wissen?»*, bevor die schlechte Nachricht überbracht wird. Nicht immer stimmt das, was Kollegen über das Wissen des Patienten erzählen, mit dem überein, was der Patient tatsächlich weiss.

Ankündigen *«Es tut mir leid ...»* Die Ankündigung fokussiert die Aufmerksamkeit des Patienten auf das, was kommt. Manchmal nimmt der Patient die schlechte Nachricht vorweg: *«Ist der Tumor wieder da?»*

KISS: Keep It Short and Simple Die meisten schlechten Nachrichten kann man kurz und einfach übermitteln. Ärzte, die lange und kompliziert reden, gehen weniger auf die Bedürfnisse der Patienten ein als auf ihre eigenen.

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

Acknowledge patient's reactions

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

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

Zum **Umgang mit dem Informationsbedürfnis** des Patienten: Techniken zur Informationsvermittlung (siehe 2.4.)

Kein vorschneller Trost! Trost ist wichtig, wenn er Mitgefühl vermittelt oder Hoffnungen unterstützt. Wenn er vorschnell gegeben wird, nimmt er Patienten die Zeit, um sich darüber klar zu werden, um was sie sich sorgen, wovor sie Angst haben und was sie im Moment noch wissen wollen.

Develop plans for the near future

Wie geht es weiter (nächste Schritte)? Der Patient muss die nächsten Schritte kennen, z. B.: *«Als nächstes kommt jetzt die Operation. Abhängig vom Resultat werden wir dann entscheiden, wie es weitergeht.»*

Kann ich die schlechte Nachricht mit guten ergänzen? Beispiel: *«Die Therapien, die ich Ihnen vorschlage, sind sehr eingreifend, aber unser Ziel ist es, Sie von der Krankheit zu heilen.»*

Wann sehen wir uns wieder? Terminvereinbarung und Erreichbarkeit für Notfälle.

Literatur

- Tulsky J.A.: Efficacy of communication skills training for giving bad news and discussing transitions to palliative care. *Arch Intern Med.* 2007; 167(5): 453–60.
- Buckman R.A.: Breaking bad news: the S-P-I-K-E-S strategy. *Community Oncology.* 2005; 2(2): 138–42.
- Fallowfield L., Jenkins V.: Communicating sad, bad, and difficult news in medicine. *Lancet.* 2004; 363: 312–9.
- Hale E.D., Treharne G.J., Kitas G.D.: The common-sense model of self-regulation of health and illness: how can we use it to understand and respond to our patients' needs? *Rheumatology.* 2007; 46(6): 904–6.
- Phillips L.A., Leventhal H., Leventhal E.A.: Physicians' communication of the common-sense self-regulation model results in greater reported adherence than physicians' use of interpersonal skills. *British Journal of Health Psychology.* 2012; 17(2): 244–57.
- Scholl I. et al.: Development and psychometric properties of the Shared Decision Making Questionnaire – physician version (SDM-Q-Doc). *Patient Educ Couns.* 2012; 88(2): 284–90.
- Whitney S.N., McGuire A.L., McCullough L.B.: A typology of shared decision making, informed consent, and simple consent. *Ann Intern Med.* 2004; 140(1): 54–9.

3.4. Über schwierige Entscheidungen sprechen

Das Gespräch über schwierige Entscheidungen, beispielsweise über die Gestaltung des letzten Lebensabschnitts, soll für den kranken Menschen vor allem drei Qualitäten aufweisen: Er braucht Verständnis für seine Situation, seine Autonomie wird gefördert, und er erhält verständliche Information. Dabei wird aber häufig das Vermitteln möglichst vollständiger Informationen auf Kosten anderer Aspekte in den Mittelpunkt gestellt; dies hat nicht zuletzt haftungsrechtliche Gründe (siehe 3. 11.) und führt nicht selten dazu, dass Patienten mit einem Übermass an Informationen überschüttet werden. Aus ethischer Sicht sind aber die beiden ersten Aspekte mindestens ebenso wichtig, ihre Implikationen werden im Folgenden besprochen.

Im Idealfall wird eine Entscheidung in Kenntnis und in Abwägung ihrer Folgen getroffen und somit auf einer angemessenen Informationsbasis und deren **vernünftigen** Bewertung durch eine Person oder mehrere Beteiligte (siehe 2. 4.). Eine weitere Idealvorstellung betrifft den Ausgleich der Interessen von Beteiligten und unmittelbar Betroffenen, der zu einer **gerechten** Entscheidung gehört. Für eine **authentische** Entscheidung ist es wichtig, dass sie zum Lebensentwurf des Menschen passt, also zu seinen Werten, Zielen und Überzeugungen – jedenfalls dann, wenn sie eine gewisse existenzielle Tragweite und Bedeutung hat (wie viele medizinische Entscheidungen).

In manchen Entscheidungssituationen sind nicht alle (ethischen) Werte miteinander vereinbar, und es entstehen echte Prinzipienkonflikte. Ein klassisches Beispiel ist die ehrliche Aufklärung eines schwerstkranken Patienten: Diese ist unter Umständen nur realisierbar, wenn der Arzt bestehende unrealistische Erwartungen enttäuscht. Klinisch-ethische Studien zeigen, dass Ärzte, Patienten und Angehörige in genau solchen Situationen grosse Probleme erleben.

Die Frage der **Gerechtigkeit** kommt dann ins Spiel, wenn bei medizinischen Entscheidungen nicht nur der Patient selbst betroffen ist, sondern auch nahestehende Personen, die ebenso existenziell betroffen sein können wie der erkrankte Mensch selbst. Auch die Frage der Allokation von Ressourcen im Gesundheitssystem berührt die Gerechtigkeit.

Authentisch sind Entscheidungen dann, wenn sie die ganz persönlichen Wertvorstellungen des betroffenen Menschen berücksichtigen. Dieser Aspekt kann nur in sorgfältiger gemeinsamer Abwägung von u. U. widerstreitenden Zielvorstellungen erarbeitet werden. Dies gebietet auch der Respekt vor dem Lebensentwurf des Patienten.



Die Autonomie des Patienten ist in den letzten Jahrzehnten zu einem Schlüsselbegriff geworden. Aber muss wirklich alles dem Willen des Kranken untergeordnet werden? Für eine Medizinethik greift eine derart eingeschränkte Autonomieorientierung zu kurz: Nicht ein einziges Prinzip, sondern vier, die in Spannung zueinander treten können, dienen als Orientierungshilfe für die Ausrichtung von Gesprächen zur Entscheidungsfindung: Respekt vor der Autonomie, Vermeidung von Schaden, Hilfeleistung und Gutes tun, Gerechtigkeit.

Zusätzlich zu diesen vier Prinzipien ist zur ethischen Orientierung bei Gesprächen über schwierige Entscheidungen ein **systematischer Perspektivenwechsel** wichtig. Die traditionelle Arztethik fokussierte bislang zu sehr die Arzt-Patienten-Beziehung. Dabei blieben die Beziehungen zu anderen Personen im Hintergrund: Pflegekräfte, Therapeuten, Seelsorger, Sozialarbeiter, Ehrenamtliche usw. Deren fachliche Perspektiven sind ebenso einzubeziehen wie diejenigen aus dem sozialen Umfeld des Patienten selbst. Neben einzelnen Personen geht es hier aber auch um soziale Systeme: Teams, Kooperationsstrukturen in der Patientenversorgung sowie Familie, Angehörige und Netzwerke des Kranken. In der systemischen Hierarchie folgt die Reflexion von institutionellen Perspektiven: Berufsgruppen und deren Regeln oder Kodizes; Versicherung des Patienten usw. bis hin zum (nationalen) Gesundheitswesen mit seiner Gesetzgebung.

Medizin ist Teil der Gesellschaft und transportiert deren Werte und Normen. Auch religiöse und politische Überzeugungen spielen eine Rolle, sowohl bei Patienten wie bei den behandelnden Akteuren.

Systematischer Perspektivenwechsel

Ich-Perspektive Bedürfnisse der beteiligten Individuen, persönliche Werte, professionelles Selbstverständnis, Grenzen der Belastbarkeit, Rechte des Patienten ...

Ich-Du-Perspektive Beziehungsebene zwischen Patient und Fachpersonen: Erwartungen, Versprechen, Vertrauen, Überforderung ...

Persönliche Wir-Perspektive Beziehungskontext des Patienten (vor allem Familie und Angehörige), Beziehungskontext der Fachpersonen (vor allem das Team)

Institutionelle Perspektive Leitbild, Wertorientierung, Hierarchie, Entscheidungs- und Handlungsraum, Gewissensfreiheit des Einzelnen in der Institution, Einschränkungen (z. B. durch Rationierung)

Professionelle Perspektive Standards des Fachgebietes, rechtliche Rahmenbedingungen; professionelle Ethik (z. B. Sorgfaltspflichten)

Kollektive Perspektive Wertehorizont, z. B. durch Mitgliedschaft in einer religiösen oder politischen Gemeinschaft, persönliche Verantwortung als Mitglied der Gesellschaft

Der systematische Perspektivenwechsel ermöglicht es, ethische Perspektiven nicht nur auf der Basis eines Einzelschicksals oder aus einer eingeschränkten Sicht zu entwickeln. Er wird dem vielfältigen Zusammenspiel unterschiedlicher Werte bei Individuen, innerhalb von Familien und im gesamtgesellschaftlichen Kontext gerecht.

Literatur

Beauchamp T.L., Childress J.F.: Principles of Biomedical Ethics (6th Edition). Oxford University Press, New York, Oxford 2008.

Hauke D., Reiter-Theil S., Hoster E., Hiddemann W., Winkler E.C.: The roles of patient relatives in decisions to limit life-prolonging treatment in patients with end stage malignant disorders: informants, advocates or surrogates of patient preferences? *Annals of Oncology*. 2011; 22 (12): 2667–74.

Reiter-Theil S.: Klinische Ethikkonsultation – eine methodische Orientierung zur ethischen Beratung am Krankenbett. *Schweiz Ärztezeitung*. 2005; 86: 346–51.

Reiter-Theil S., Mertz M.: Was ist ein moralisches Problem – Medizinethik? In: Zichy M., Ostheimer J., Grimm H. (Hrsg.): Was ist ein moralisches Problem. Zur Frage des Gegenstands angewandter Ethik. Verlag Karl Alber, Freiburg und München 2012. S. 293–321.

Winkler E.C. et al.: Patient involvement in decisions to limit treatment: the crucial role of agreement between physician and patient. *J Clinical Oncology*. 2009; 27(13): 2225–30.

3.5. Ansprechen heikler Themen: häusliche Gewalt

Häusliche Gewalt ist ein verbreitetes, gesellschaftliches Phänomen und mit hohen, langfristigen gesundheitlichen Risiken verbunden. Bei einer repräsentativen Befragung in der Bundesrepublik Deutschland gaben 37 Prozent der Frauen im Alter von 18 bis 64 Lebensjahren an, mindestens einmal in ihrem Leben häusliche Gewalt erlebt zu haben. Internationale Studien zur Häufigkeit von Gewalterfahrung zeigen stark unterschiedliche Prävalenzraten, abhängig von der Gewaltform (direkte versus indirekte Gewalt), dem Geschlecht, aber auch der untersuchten Stichprobe.

Die Definition von Gewalt wird nach wie vor kontrovers diskutiert. Selg et al. (1997) verstehen unter Gewalt schwere Formen von Aggression, bei denen zusätzlich zu einer Schädigungsabsicht ein psychisches oder physisches Machtgefälle zugrunde liegt. Bei häuslicher Gewalt handelt es sich um Gewalt im sozialen Nahraum durch Partner oder Familienangehörige. Die 12-Monats-Prävalenz für widerfahrene körperliche Gewalt durch Partner oder Familienangehörige liegt in internationalen Studien bei etwa einem Prozent, wobei Frauen etwas häufiger betroffen sind.

Häusliche Gewalt in der medizinischen Versorgung

Opfer häuslicher Gewalt suchen zwar häufig wegen ihrer körperlichen Verletzung Hilfe im medizinischen Versorgungssystem. Die zum langfristigen Schutz der Gesundheit neben der medizinisch-somatischen Versorgung erforderlichen psychosozialen Hilfen unterbleiben jedoch oft. Solche psychosozialen Hilfen sind in der Regel:

- Sicherstellung des elementaren Rechts der körperlichen und psychischen Unversehrtheit;
- Einschätzung des akuten Gefährdungspotenzials;
- Berücksichtigung der akuten, emotionalen Belastung des Gewaltopfers;
- Initiierung von (meist nur längerfristig zu erreichenden) Ablösungsprozessen aus der von Abhängigkeit geprägten, gewaltsamen Beziehung zum Täter.

Häufigster Grund, warum keine psychosoziale Hilfe angefordert wird, ist die Tatsache, dass die Gewalterfahrung nicht angesprochen wird. Dabei wünschen sich Gewaltopfer überwiegend, in einem geschützten Rahmen offen über ihre Gewalterfahrung sprechen zu können. Es gibt verschiedene Gründe, warum die häusliche Gewalt nicht thematisiert wird: Der Patient zweifelt allenfalls an der Vertraulichkeit des Gesprächs oder er geht davon aus, dass die Fachperson kaum Interesse oder kaum Zeit hat.

Was ist bei Verdacht auf häusliche Gewalt zu beachten?

Äussere Bedingungen Vordringlich ist es, eine sichere Gesprächssituation herzustellen. Dies bedeutet neben einem ungestörten Ort und einem entsprechenden Zeitrahmen auch, sensibel mit den Begleitpersonen umzugehen und Patient und Begleitperson allenfalls zu separieren (denn unter Umständen ist die Begleitperson der Täter).

Auf Emotionen eingehen Gewaltopfer befinden sich oft in einem emotionalen Ausnahmezustand. Leitaffekte sind Scham und Angst. Gewaltopfer geben sich die Schuld für das Erlittene («Ich hab ihn doch provoziert.») und schämen sich, dass sie sich nicht selbst aus dieser demütigenden Situation befreien können («Wieso lasse ich zu, dass man so mit mir umgeht?»). Daneben besteht oft auch eine reale Angst, denn Gewaltopfer haben schon erfahren, dass sie geschlagen und gedemütigt werden und befürchten zu Recht, dass ihnen dies wieder geschieht. Häufig werden sie von den Tätern konkret bedroht («Wenn du erzählst, was Dir passiert ist, mach ich Dich fertig.»). Daher ist es wichtig, auf diese starken Emotionen im Gespräch einzugehen. Hilfreiche Techniken hierfür sind im NURSE-Modell beschrieben (siehe 2.3.).

Direktes Ansprechen bei Verdacht auf häusliche Gewalt Besteht der Verdacht auf häusliche Gewalt, sollte dies direkt angesprochen werden. Hilfreiche Formulierungen können sein: *«Könnte es sein, dass vielleicht doch noch etwas anderes zu ihren Verletzungen geführt hat?»*, oder *«Wissen Sie, wir haben hier häufiger Patienten, die mit körperlichen Verletzungen zu uns kommen, weil sie von jemandem, der ihnen nahesteht, verletzt worden sind.»* Zu vermeiden sind konfrontierende Formulierungen wie: *«Das Muster ihrer Verletzungen passt aber gar nicht zu der von ihnen angegebenen Unfallursache.»*

Schuldverhältnisse eindeutig benennen Da viele Gewaltopfer sich selbst die Schuld geben und sich schämen, können Formulierungen, die die Unrechtmässigkeit des Widerfahrens betonen, hilfreich sein (*«Niemand hat ein Recht, Sie körperlich und psychisch zu verletzen»*).

Eigene Handlungsperspektiven aufzeigen und stärken Viele Gewaltopfer erleben sich als hilf- und wehrlos, ohnmächtig einer Situation ausgesetzt, die sie nicht beeinflussen können. Hier kann im Gespräch der Hinweis auf die eigenen Handlungsmöglichkeiten (Empowerment) und die rechtlichen Rahmenbedingungen hilfreich sein.

Entscheidungsdruck vermeiden Häusliche Gewalt ereignet sich in Beziehungen mit meist asymmetrischen Machtverhältnissen. Gewaltopfer sind oder erleben sich vor allem als abhängig. Die psychische Ablösung aus einer abhängigen Beziehung ist aber oft ein langer Weg. Es kann nicht vordringliches Ziel des medizinischen Gesprächs sein, diese Ablösung sofort zu erreichen oder gar durchzusetzen. Dies stellt für alle Beteiligten eine Überforderung dar. Ein Entscheidungsdruck auf das Gewaltopfer, sich sofort vom Täter zu trennen, sollte dringlich vermieden werden. Hilfreicher und realistischer ist die Haltung, dass es sich bei der Ablösung aus einer abhängigen Beziehung um einen meist jahrelangen Prozess handelt. Einzige Ausnahme: Es besteht eine akute Gefährdung für das Gewaltopfer. Dann haben Sofortmassnahmen zum Schutz des Gewaltopfers Vorrang, allenfalls unter Einschaltung von Polizei und Behörden.

Gerichtsfest dokumentieren Allenfalls wird die Dokumentation der medizinischen Befunde später in einem Gerichtsverfahren verwendet, daher ist es wichtig entsprechende rechtsmedizinische Standards einzuhalten (Fotodokumentation, Asservate).

Folgekontakte anbieten Da häusliche Gewalt eine hohe Wiederholungshäufigkeit hat, ist es hilfreich, aktiv Folgekontakte anzubieten – auch unter dem Aspekt des Aufbaus einer vertrauensvollen Beziehung.

Interprofessionelle Zusammenarbeit Interventionen bei häuslicher Gewalt erfordern interprofessionelle Zusammenarbeit. Die Kenntnis der lokalen Netzwerkakteure (Frauenhaus, Ansprechpartner bei der Polizei, Jugendamt usw.) ist essentiell, auch um Patienten entsprechend zu beraten.

Literatur

Back A.L. et al.: Efficacy of communication skills training for giving bad news and discussing transitions to palliative care. *Arch Intern Med.* 2007; 167(5): 453–460.

Coker A.L. et al.: Physical and Mental Health Effects of Intimate Partner Violence for Men and Women. *American Journal of Preventive Medicine.* 2002; 23: 260–8.

Feder G.S., Hudson M., Ramsay J., Taket A.R.: Expectations and experiences when they encounter health care professionals: a meta-analysis of qualitative studies. *Arch Intern Med.* 2006; 166(1): 22–37.

Olive P.: Care for emergency department patients who have experienced domestic violence: a review of the evidence base. *Journal of Clinical Nursing.* 2007; 16(9): 1736–48.

Selig H., Mees U., Berg D.: *Psychologie der Aggressivität.* 2. Auflage. Hogrefe, Göttingen 1997.

3.6. Ansprechen heikler Themen: Alkoholkonsum

Das Ansprechen heikler Themen verlangt eine gewisse Schwellenüberschreitung, egal ob über Lohn, Sexualität, Tod oder über Sucht gesprochen wird. All diese Themen haben etwas Privates, Intimes, wofür es eine Erlaubnis braucht, sie anzusprechen. Fühlt sich das Gegenüber überrumpelt, wird es sich schützen und verschliessen. Der vertraute Familienarzt ist am ehesten privilegiert, unter Respektierung der individuellen Eigenheit, sich in die Problemsphäre des Patienten vorzuarbeiten.

Erfahrungen zeigen, dass Patienten dankbar sind, wenn ihre Probleme taktvoll beim Namen genannt werden. Patienten sind enttäuscht und frustriert, wenn der Arzt heikle Punkte nicht aufnimmt.

Wie viel ist zu viel?

Es gibt Abstinente (15 Prozent), Genuss- (60 Prozent), Risiko- (20 Prozent) und abhängige Trinker (5 Prozent). Risikokonsum ist der chronisch-risikoreiche Konsum, definiert als mehr als vier Standardgetränke pro Tag bei Männern und mehr als zwei bei Frauen. Rauschtrinken wird definiert als vier Standardgetränke oder mehr bei einer Gelegenheit bei Frauen, fünf Standardgetränke oder mehr bei Männern. Ein Standardgetränk umfasst z. B. drei Deziliter Bier oder einen Deziliter Wein und enthält etwa 10 bis 12 Gramm Reinalkohol. Fragebogen helfen bei der Einteilung des Alkoholproblems.

Epidemiologie, Folgen und Bedeutung des übermässigen Alkoholkonsums

In der Schweiz sind 250 000 bis 300 000 Personen alkoholabhängig. Die Krankheit verursacht hohe direkte und indirekte Kosten von insgesamt 2,3 Milliarden Franken. Über 90 Prozent der Alkoholabhängigen sind nicht in Behandlung. Alkoholabhängigkeit ist eine chronische Hirnerkrankung, die mit einer hohen genetischen Vorbelastung einhergeht und zu gesundheitlichen Schäden, zu Problemen in der Familie und am Arbeitsplatz führt. Die Verringerung alkoholbedingter Schäden und die Prävention gehören heute zu den wichtigsten gesellschaftlichen Herausforderungen. Alkoholsucht betrifft nicht nur den Patienten, sondern in hohem Mass die Familie, das soziale und berufliche Umfeld sowie die Gesellschaft als Ganzes (Verkehr, Gewalt, Arbeitsausfall). Der Bund setzt in seinem Nationalen Programm Alkohol (2013 bis 2016) für die Prävention 1,3 Millionen Franken ein.

Behandlung

Eigentlich abhängige Alkohol Kranke gehören in ein spezialisiertes Setting. Der Arzt hat ganz klar eine **Schlüsselrolle**, wenn es darum geht, die Problematik anzusprechen und eine Behandlung anzuregen. Es gibt in der ganzen Schweiz ein breites und vielfältiges Netz an Beratungsangeboten (nicht nur stationäre, auch hervorragende spezialisierte ambulante Stellen). Wenn es ein Arzt schafft, mittels Kurzinterventionen selbst zu behandeln oder jemanden zum Aufsuchen einer Beratungsstelle zu motivieren, ist schon sehr viel erreicht. Es geht hier um die – statistisch viel grössere – Gruppe der Personen, die zwar noch nicht abhängig sind, aber problematischen Konsum aufweisen (etwa 1 Million Menschen in der Schweiz). Manchmal sind es Angehörige, die zuerst mit dem Arzt das Gespräch suchen.

Was der Hausarzt auch wissen und dem Patienten mitteilen muss, ist, dass der Behandlungserfolg bei Alkoholkranken in einer spezialisierten Klinik weit besser ist, als gemeinhin angenommen. Dies stimmt vor allem für Patienten mit einer Anstellung und einem erhaltenen sozialen Netz. Eine Nachuntersuchung des Instituts für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Zürich, der Forenklinik und des Amtes für Justizvollzug des Kantons Zürich von 2011 zeigt eine Erfolgsquote von über 50 Prozent. Die Aufgabe des Arztes besteht auch hier in der Unterstützung und Ermutigung, diesen schweren, aber Erfolg versprechenden Weg in Angriff zu nehmen. Der Einbezug der Familie oder eines Bekannten kann sehr hilfreich sein.

Vorgehen

Nach Ausschluss einer ursächlichen Grundkrankheit folgt das direkte Ansprechen der Problematik. Für dieses Gespräch muss der Arzt genügend Zeit reservieren. Der Patient muss die Gelegenheit haben, sich zu erklären, der Arzt die Möglichkeit, Rückfragen zu stellen und weitere Schritte anzubieten.

Die Diagnostik und Einteilung der Schwere des Alkoholkonsums erfolgt zweigleisig, indem mit der Exploration bereits erste therapeutische Kurzinterventionen einhergehen.

Der Arzt kann ein Gespräch so einleiten: *«Sie haben mir einige wichtige Informationen zu Ihrem Gesundheitsverhalten wie körperliche Aktivitäten, Trink- und Rauchgewohnheiten gegeben. Das ist nicht selbstverständlich, vielen Dank! Ich möchte mit Ihnen kurz darüber reden. Einverstanden?»*

Für das ärztliche Gespräch in der Praxis eignen sich kommunikative Fertigkeiten der **Kurzintervention** und des **«motivational interviewing»** (siehe Rollnick et al.). Diese therapeutischen Hilfsmittel ermöglichen es dem Arzt, gemeinsam mit dem Patienten das Risikoverhalten zu erörtern, eine Verhaltensänderung einzuleiten und fehlende Informationen nachzuliefern. Kurzinterventionen werden gezielt eingesetzt. Dabei bestimmt der Patient selbst, wie viel und welche Verhaltensänderungen er angehen möchte, während die Fachperson sorgfältig prüft, in welchem Veränderungsstadium («Stages of Change») sich sein Patient befindet, was wiederum die therapeutische Strategie bestimmt und unnötige Interventionen vermeidet, für die der Patient im Moment gar nicht zugänglich ist.

Gibt ein Patient klar zu verstehen, dass er auf das Beratungsangebot (im Moment) nicht eingehen will, muss der Arzt dies respektieren. Die Wirkung dieser Intervention ist umso grösser, da der Patient nun weiss, dass er zu einem späteren Zeitpunkt wieder an seinen Arzt gelangen kann. Ein weiterer wichtiger Grundsatz besteht darin, Rückfälle nicht als Versagen zu verstehen – weder des Arztes noch des Patienten. Vielmehr sollen solche als Teil des Veränderungsprozesses verstanden und für einen weiteren Neuanfang mit entsprechender Anpassung genutzt werden.

Es lohnt sich manchmal, den Patienten zu einer Randstunde einzubestellen. Damit wird die Behandlungszeit weit besser genutzt. Zu vermeiden sind ineffiziente Konsultationen, in denen der Arzt herabsetzende Fragen stellt oder beschämende Ratschläge abgibt.

Oft geht es darum, deutlich zu machen, dass Arzt und Patient das Problem erkannt haben, dass das Problem explizit und unmissverständlich beim Namen genannt wird und dass der Arzt seine Bereitschaft, darauf einzugehen, wirklich ernst meint.

Der Wechsel von der ausschliesslich abstinenzorientierten Behandlung zum «harm reduction approach» wird wieder vermehrt diskutiert und trifft vor allem bei Patienten auf Akzeptanz, die eher bereit sind, an einem kontrollierten Konsum zu arbeiten, als sich mit einer Abstinenz auseinanderzusetzen. Damit erhält der Hausarzt mehr therapeutische Möglichkeiten, um eine Schadensminderung zu erwirken. Neue orale Opioidrezeptor-Modulatoren, die die Lust am Alkoholkonsum reduzieren, könnten diesem Ansatz noch mehr Bedeutung verleihen. In gewissen Fällen kann das kontrollierte Trinken auch ein Zwischenschritt zu einem späteren Entscheid zur Abstinenz darstellen. Leider gibt es aber dazu noch wenig Studien.

Die hier vorgestellte Vorgehensweise wird eine günstige therapeutische Umgebung herstellen, die es dem Patienten erlaubt, seine Gesundheit selbstverantwortlich in die Hand zu nehmen. Bei gewünschten Verhaltensänderungen soll der Arzt mit allen Mitteln unterstützend eingreifen. Doch auch bei Widerständen soll der Patient respektiert und seine Verhaltensweise akzeptiert werden. Gerade hiermit schafft der Arzt den notwendigen Rahmen, der es dem Patienten in der ärztlichen Praxis erlaubt, Konflikte und Schwierigkeiten anzusprechen. Dieser gegenseitige Respekt zwischen Arzt und Patient führt dann auch im schwierigen Bereich der Suchtbehandlung häufiger zu einer befriedigenden und Erfolg versprechenden Dialogbereitschaft und letztendlich zu einer Verhaltensänderung.

Literatur

- Kündig H.: Estimation du nombre de personnes alcoolodépendantes dans la population helvétique. Rapport final, Addiction Info Suisse, Lausanne 2010.
- Jeanrenaud C. et al.: Die sozialen Kosten des Alkoholmissbrauchs in der Schweiz. Institut für Wirtschafts- und Regionalforschung, Universität Neuenburg. Neuenburg 2003.
- Spiesshofer M. et al.: Indikatoren für den Behandlungsverlauf einer stationären Entwöhnungsbehandlung Alkoholkranker. Schweizer Archiv für Neurologie und Psychiatrie. 2011; 162(2): 66–71.
- Rollnick S., Mason P., Butler Ch.: Health Behaviour Change – a Guide for Practitioners. Churchill Livingstone, Philadelphia 1999.
- Di Clemente C., Prochaska J.: Toward a comprehensive, transtheoretical model of change: Stages of Change and addictive behaviors. In: Miller W R, Heather N (Hrsg.): Treating addictive behaviors. 2nd edn. Plenum, New York 1998.
- Soyka M. et al.: Therapiesituation Alkoholabhängigkeit. Suchtmed. 2012; 14 (4): 176–7.
- Aeschbach C.: Der «schwierige» Alkoholpatient. Schweiz Med Forum. 2012; 12(46): 893–6.



3.7. Gespräch mit Angehörigen von kranken Kindern

Gespräche mit Eltern von kranken Kindern weisen gegenüber anderen Arztgesprächen einige Besonderheiten auf. In der Regel handelt es sich um **Mehrpersonen-gespräche**, an denen der Arzt, weitere Gesundheitsfachleute, die Eltern und das Kind anwesend sind. Das verlangt vom Arzt die Fähigkeit, sich gleichzeitig und flexibel auf mehrere Menschen mit oft unterschiedlichen Wünschen, Ansprüchen und kommunikativen Fertigkeiten einzustellen und zudem auch das Kind in die Gespräche miteinzubeziehen. Dafür muss es dem Arzt gelingen, eine Beziehung zum Kind aufzubauen und die Gesprächsführung an die kommunikative Kompetenz des Kindes anzupassen. Der Umstand, dass nicht der Patient selbst, sondern die Eltern für ihr minderjähriges Kind sowohl Ansprechpartner als auch Entscheidungsträger für medizinische Massnahmen sind, macht die Zusammenarbeit komplex und störungsanfällig. Auch die Tatsache, dass die Angehörigen für ihre Kinder Entscheidungen treffen (müssen), die möglicherweise vom Arzt nicht gutgeheissen werden (z. B. Verweigerung einer notwendigen medizinischen Massnahme), kann zu schwierigen Gesprächssituationen führen und in der Folge schlimmstenfalls Fragen nach Kinderschutzmassnahmen aufwerfen.

Für eine gute Zusammenarbeit ist es deshalb wichtig, gemeinsam mit der Familie ein von allen akzeptiertes und stimmiges Krankheitsverständnis zu erarbeiten und die therapeutischen Massnahmen stets zu kommunizieren. Nicht das kranke Kind ist der Patient, sondern die Familie. Die Erkrankung eines Kindes wirkt sich immer auf die ganze Familie aus und beeinflusst die Paar- und Elternbeziehung, aber auch die Beziehung zu gesunden Geschwistern. Die Beeinträchtigung im Befinden von Geschwistern wird jedoch häufig nicht ausreichend wahrgenommen. Der Arzt sollte deshalb immer aktiv danach fragen, wie sich die Erkrankung auf die Familie auswirkt und wie die Geschwister mit der Erkrankung zurechtkommen.

Ob das Gespräch von Beginn an zusammen mit dem Kind und den Angehörigen geführt wird, ob die Angehörigen mit dem Kind anfänglich alleine über die Erkrankung sprechen oder der Arzt zuerst mit dem Kind alleine spricht, muss vorgängig zusammen mit den Angehörigen geklärt werden. In einer Arbeit über Eltern von Kindern mit akuter lymphoblastischer Leukämie wünschen sich fast alle Eltern, ohne Beisein der Kinder mit Ärzten sprechen zu können, da sie sich dann besser konzentrieren können und da sie selbst entscheiden wollen, wie sie ihrem Kind die Informationen weitergeben.

Mit zunehmendem Alter wird die Autonomie des Kindes zu einem zentralen Thema. Ab etwa zwölf Jahren sind Jugendliche urteilsfähig und haben ein Entscheidungsrecht für persönliche Angelegenheiten. Sie müssen deshalb in Entscheidungen miteinbezogen werden. Damit stellt sich auch die Frage, wie weit die Eltern über das ärztliche Tun an ihren Kindern (mit)bestimmen dürfen. Das Eltern-Arzt-Patienten-Verhältnis wird komplexer und damit auch störungsanfälliger.

liger, weil strittig sein kann, welche Entscheidungen der Jugendliche selbst treffen darf. Auch die konkrete Auslegung der Schweigepflicht wird nun zentral, da sie die Frage berührt, auf welche Informationen über ihre Kinder Angehörige Anspruch haben.

Das schwierige Gespräch mit den Eltern

Das Gespräch mit den Eltern ist meist unkompliziert, wenn eine leicht erkennbare und gut behandelbare Erkrankung vorliegt. Darüber informiert zu werden, dass eine schwere Erkrankung des Kindes vorliegt oder ein langfristig fataler Verlauf zu erwarten ist, stellt jedoch für Angehörige und Pädiater eine grosse Belastung dar.

Im Prinzip gelten die gleichen Empfehlungen zum Überbringen schlechter Nachrichten wie in der Erwachsenenmedizin (Kapitel 3.3.). Erschwerend kommt bei Gesprächen mit Eltern schwer kranker Kinder dazu, dass sie sich auf der Suche nach Erklärungen und Ursachen oft Vorwürfe machen, selbst schuld zu sein, etwa Krankheitszeichen zu spät erkannt zu haben. Sie suchen nicht nur bei sich, sondern auch beim anderen Elternteil oder anderen Beteiligten nach Schuldigen. Der Arzt ist also mit vielfältigen Ängsten, Befürchtungen und Fragen konfrontiert und sollte sich daher – genauso wie in der Erwachsenenmedizin – genau überlegen, was er zu einem bestimmten Zeitpunkt ansprechen will.

Bei der Vermittlung von Informationen sollte berücksichtigt werden, dass viele Angehörige durch die Erkrankung ihres Kindes emotional so aufgewühlt und betroffen sind, dass es ihnen kaum gelingt, sich auf das Gespräch einzustellen, zuzuhören und die Informationen aufzunehmen.

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

Das Gespräch mit Kindern und Jugendlichen

Kinder haben das Recht auf altersgemässe Information und Aufklärung über alle diagnostischen und therapeutischen Schritte sowie den zu erwartenden Verlauf der Erkrankung. Auch wenn das Kind noch über wenig verbale Kompetenz verfügt, sollte immer mit ihm gesprochen werden. Ab einem Alter von etwa sieben Jahren können Kinder in medizinische Entscheidungen miteinbezogen werden. Der Arzt sollte das Kind wahrheitsgetreu über seine Erkrankung informieren. Dies fällt vielen Ärzten schwer, weil sie nicht wissen, wie sie die (komplexe) Krankheit erklären sollen und/oder sich vor möglichen Fragen fürchten. Aus falsch verstan-

denem Schonverhalten die Kinder nicht oder gar falsch zu informieren, ist jedoch nicht hilfreich. Falschinformationen und Schweigen sind für das Kind schlimmer als Reden, nimmt es doch meist genau wahr, wenn etwas nicht stimmt und macht sich entsprechend seine eigenen Gedanken und Phantasien. Diese sind oft bedrohlicher als die Realität. Es kommt zu falschen Schlüssen und Annahmen, etwa in dem Sinne, dass es selbst für die Erkrankung verantwortlich ist. Jede Falschinformation oder Notlüge untergräbt das Vertrauen und fördert das Misstrauen gegenüber Ärzten und Eltern, was eine weitere Behandlung schwierig macht. Eine ehrliche Information über die Erkrankung gibt dem Kind die Möglichkeit, Fragen zu stellen und sich Unterstützung zu holen.

Zeichnungen und Bücher zur Illustration sind bei jüngeren Kindern zur Information wichtig. Der Arzt sollte beim Kind immer rückfragen, was es verstanden hat. Suggestive Fragen wie «*Du hast es doch verstanden?*» helfen nicht weiter, weil Kinder gegenüber Autoritätspersonen in der Regel zustimmen, auch wenn sie das Gesagte nicht verstanden haben. Das Kind sollte beim Arztgespräch vor den Eltern gefragt werden, was es über die Erkrankung oder Behandlung weiss. Dabei soll es selbst zu Wort kommen und die Beschwerden in seinen eigenen Worten schildern. Der Arzt kann sich so eine Vorstellung darüber machen, welche konkreten Krankheitsvorstellungen das Kind hat, um sich im anschließenden Gespräch an das Vorwissen und die Krankheitsvorstellungen des Kindes anzupassen. In vielen Fällen redet der Arzt nach der Begrüssung jedoch nicht mehr direkt mit dem Kind, sondern nur noch mit den Eltern über das Kind. Antwortet das Kind jeweils nicht sofort, greifen oft die Eltern ein und antworten stellvertretend für das Kind. Hier gilt es, sie zurückzubinden und dem Kind zu signalisieren, dass man daran interessiert ist, dass es die Fragen selbst beantwortet.

Grundregeln für das Gespräch mit dem Kind:

- Sprache dem Alter und Entwicklungsstand des Kindes anpassen.
- Das Kind selbst über seine Beschwerden reden lassen.
- Dem Kind Zeit geben, im eigenen Tempo zu sprechen.
- In kurzen, klaren, einfachen Sätzen sprechen; Fachausdrücke vermeiden.
- Wichtige Informationen mehrfach geben, aber Eltern und Kind nicht mit Informationen überhäufen.
- Sich erzählen lassen, was das Kind verstanden hat.
- Keine Suggestivfragen stellen.
- Nicht nur reden, sondern das Gesagte auch visualisieren (Zeichnungen, Illustrationen usw.).
- Der Krankheit einen Namen geben (z. B. Krebs).
- Raum für Fragen lassen; zu Fragen ermutigen, aber nicht drängen.
- Es muss nicht alles beim ersten Gespräch im Detail erklärt werden.
- Was gesagt wird, muss wahr sein.
- Das Kind von möglichen Schuldgefühlen und Selbstvorwürfen entlasten.

- Dem Kind versprechen, dass es über alles Wichtige informiert werden wird.
- Alle Fragen wahrheitsgetreu beantworten. Kinder erwarten ehrliche Antworten auf ihre Fragen.
- Dazu stehen, wenn für eine Frage keine sichere Antwort möglich ist (z. B. «*Werde ich wieder ganz gesund?*», «*Muss ich sicher nicht sterben?*»).

Eine zeitliche Limitierung der Gespräche nach Alter der Kinder ist sinnvoll. Empfehlenswert ist für 3- bis 6-Jährige eine Gesprächszeit von etwa 10 bis 15 Minuten, für 6- bis 8-Jährige 20 Minuten, für über 8-Jährige etwa 30 Minuten.

Literatur

Langer T.: Das Gespräch zwischen Patient, Eltern und Arzt in der Pädiatrie. In: Langer T., Schnell M.W. (Hrsg.): Das Arzt-Patient/Patient-Arzt-Gespräch. Marseille-Verlag, München 2009. S. 43–52.

Tates K., Meeuwesen L.: Doctor-parent-child communication. A (re)view of the literature. *Social Science and Medicine*. 2001; 52: 839–51

Tates K., Meeuwesen L., Elbers E., Bensing J.: I've come for this throat': roles and identities in doctor-parent-child communications. *Child Care, Health and Development*. 2002; 28: 109–16.

Wassmer E., Minnaar G., Abdel Aal N. et al.: How do paediatricians communicate with children and parents? *Acta Paediatrica*. 2004; 93: 1501–6.

3.8. Gespräch mit Angehörigen von Patienten mit Demenzerkrankungen

In der Schweiz leben derzeit etwa 110 000 demenzkranke Menschen, davon werden etwa 60 Prozent zu Hause von ihren Angehörigen betreut. Im Zuge der demografischen Entwicklung wird die Zahl der erkrankten Menschen in den kommenden Jahren weiter drastisch zunehmen und damit nicht nur Pfleger und Ärzte, sondern auch pflegende Angehörige vor grosse Herausforderungen stellen. Studien zeigen, dass pflegende Angehörige von Demenzkranken besonders häufig unter Depressionen, Schuldgefühlen und Isolation leiden, weil der Umgang mit einem Demenzerkrankten den Alltag der Pflegenden im Verlauf der Krankheit zunehmend belastet. Im Verlauf der Erkrankung können sich sowohl die Bedürfnisse und Wünsche von Menschen mit einer Demenzerkrankung als auch die ihrer Angehörigen verändern. Es ist daher sehr wichtig, dass Ärzte die Demenzerkrankung als einen Prozess betrachten und die Kommunikation mit den Angehörigen laufend den aktuellen, individuellen Bedürfnissen aller Beteiligten anpassen.

Studien haben gezeigt, dass Angehörigen die offene Diskussion mit Ärzten und Fachleuten besonders hilft, wenn sie bereits im Vorfeld einer möglichen Demenzerkrankung die Gelegenheit dazu erhalten. Sie empfinden die Diagnose dann weniger als Schock. Deshalb ist es wichtig, dass Angehörige so früh wie möglich mit einer Fachperson über ihre Beobachtung sprechen können, wenn sie eine kognitive Beeinträchtigung bei einem Angehörigen vermuten. So lassen sich Unsicherheiten, Ängste, Sorgen und Vorurteile zumeist im Vorfeld ausräumen. Im Zuge dieses Aufklärungsprozesses ist es wichtig, herauszufinden, was die Angehörigen über die Krankheit wissen und sie ihren Wünschen entsprechend über die Erkrankung und ihre Folgen zu informieren. So können sich die Angehörigen frühzeitig mit dem Krankheitsbild auseinandersetzen und Vorbereitungen treffen, die langfristig die Lebensqualität aller Betroffenen verbessern können.

Das Überbringen der Demenzdiagnose

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

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

Das Leben nach der Diagnose

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

Die betroffenen Familien benötigen neben der medizinischen vor allem eine psychosoziale Beratung und Betreuung. Es ist hilfreich und notwendig, die Familie in die Behandlung und Betreuung von Demenzerkrankten einzubinden. Ausserdem sollten Ärzte die Angehörigen intensiv aufklären. Spezifisches Wissen zum Thema Demenz erleichtert es Angehörigen und Pflegenden, den individuellen Bedürfnissen aller Betroffenen zu jedem Zeitpunkt der Erkrankung gerecht zu werden.

Literatur

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

3.9. Arbeiten mit Dolmetschern

Patientinnen und Patienten, die keine Schweizer Landessprache oder Englisch sprechen, können sich oft nicht verständlich machen und werden daher zum Teil nicht richtig verstanden. Mittlerweile ist gut etabliert, dass Sprachbarrieren die Qualität der gesundheitlichen Versorgung beeinträchtigen. Es ist auch klar, dass Dolmetscher mit einer professionellen Ausbildung besser geeignet sind, ein Gespräch zwischen Patient und Arzt zu übersetzen als Ad-hoc-Übersetzer (etwa zufällig anwesendes Personal oder Familienangehörige).

Es ist allerdings nicht so klar, welche Aufgabe professionelle Dolmetscher eigentlich haben: Sollen sie möglichst wortgetreu übersetzen oder sollen sie zwischen Kulturen vermitteln, also auch auf Gebräuche, Wertvorstellungen und unterschiedliche Definitionen von Tabuthemen fokussieren? Das Conduit-Modell entspricht der ersten Variante, bei der der Dolmetscher den gesprochenen Text genau und präzise wiedergibt und er seine eigene Person stark zurücknimmt. Die weiter gefasste Definition entspricht zumindest zum Teil dem des «interkulturellen Übersetzens», bei der Dolmetscher auch als interkulturelle Mediatoren fungieren.

Eine Literaturübersicht zeigt, dass die Patientinnen und Patienten bisher kaum gefragt wurden, welche Erwartungen sie an einen Dolmetscher haben. Fachpersonen, die einen Dolmetscherservice anfordern, bevorzugen überwiegend das Conduit-Modell und formulieren kaum zusätzliche Aufgaben. Dolmetscher sowie Experten hingegen, die sich mit der Frage des Dolmetschens auseinandersetzen, sind sich meist darin einig, dass das Conduit-Modell nicht taugt und um weitere Aufgaben erweitert werden muss.

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

Insgesamt lassen sich folgende Kategorien typischer Fehler konstatieren:

Auslassung von Information

- Phatisches (Grussformeln, Floskeln u. ä.) oder Peinliches.

Hinzufügung von Information

- Extratextuelle Ergänzungen und Präzisierungen;
- Erklärungen, Nachfragen.

Ungenaue inhaltliche Wiedergabe

- Inhaltliche Verschiebungen;
- Vereinfachen von komplexen Inhalten oder Zusammenfassen von komplexen Inhalten oder langen Textblöcken;
- Syntaktische Mängel, die das Verständnis erschweren;
- Nichtadäquate Wiedergabe von sprachlichen Bildern, Metaphern, Idiomatik (Berücksichtigung sprachlich-kultureller Unterschiede);
- Nichtadäquate Wiedergabe von logischen Zusammenhängen;
- Nichtadäquate Wiedergabe von Gebärde, Kohäsion, Kohärenz.

Falsche (sinnwidrige) Wiedergabe

- Widersprüchliche, unverständliche Inhalte;
- Sinnverschiebung;
- Kulturell bedingte Änderungen, z. B. von Zeitangaben (achter Tag des vierten Monats);
- Falsche Wiedergabe von Daten, Zahlen, Namen;
- Fehlerhafte/nichtadäquate Wiedergabe von Fachzusammenhängen.

Abweichende Wiedergabe der Fachterminologie

- Mangelnde terminologische Konsistenz;
- Unübliche Kollokationen.

Rollenwechsel

- Nicht gedolmetschte Passagen (allerdings braucht es keine Verdolmetschung, wenn der Patient verstanden hat);
- Perspektivenwechsel: Wechsel Du → Sie, Metakommunikation (Fragen Sie Frau B., ob sie ...), Wechsel zur dritten Person, indirekte Rede, Aktiv → Passiv.

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

Verhaltenskatalog für medizinische Fachpersonen

Vor dem Gespräch

1. Klären Sie, welche Fachbegriffe Sie benutzen werden (z. B. Blutdruckmanschette)
2. Informieren Sie die Dolmetscherin über:
 - a. Inhalt, Ziel und Dauer des Gesprächs.
 - b. Die Notwendigkeit einer getreuen Wiedergabe, ohne eigene Interpretationen, ohne eigenes Hinzufügen oder Erklären.
 - c. Die Regel, in der Ich-Form zu dolmetschen.
 - d. Die Möglichkeit, bei der Fachperson nachzufragen, wenn die Dolmetscherin etwas nicht verstanden hat.

Im Gespräch

1. Klären Sie, ob Sie Schweizerdeutsch oder Hochdeutsch sprechen sollen.
2. Stellen Sie Dolmetscherin und Patientin einander mit Namen vor.
3. Informieren Sie den Patienten, dass die Dolmetscherin der Schweigepflicht untersteht.
4. Erklären Sie der Patientin, dass die Dolmetscherin ALLES, was im Gespräch gesagt wird, vollständig wiedergeben wird.
5. Halten Sie Augenkontakt zum Patienten.
6. Sprechen Sie den Patienten immer direkt an, und sprechen Sie nicht in der dritten Person.
7. Formulieren Sie klar und deutlich, in vollständigen Sätzen und verwenden Sie keine unnötigen Fachwörter.
8. Fragen Sie die Patientin, wenn die Wiedergabe für Sie keinen Sinn ergibt und/oder Sie keinen Zusammenhang mit Ihrer Frage sehen.
9. Bitten Sie die Patientin zusammenzufassen, was sie verstanden hat.

Nach dem Gespräch

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

Verhaltenskatalog für Dolmetscher/innen

Vor dem Gespräch

1. Überlegen Sie, ob Sie ein Fachwörterbuch in den entsprechenden Sprachen mitnehmen möchten.
2. Halten Sie Block und Schreibzeug bereit.
3. Vermeiden Sie Privatgespräche mit dem Patienten vor dem Fachgespräch.
4. Informieren Sie die Fachperson, wenn Sie den Patienten privat kennen.
5. Klären Sie, welche zentralen Fachbegriffe vorkommen werden.
6. Kündigen Sie an, dass Sie die sprechende Person unterbrechen werden, wenn die Redebeiträge zu lang oder zu kompliziert sind.
7. Kündigen Sie an, dass Sie nachfragen oder nachschlagen werden, wenn Sie einen Ausdruck nicht kennen.

Im Gespräch

1. Dolmetschen Sie korrekt und vollständig, lassen Sie nichts aus und nehmen Sie keine Änderungen vor (z. B.: «Du» und «Sie» in der Anrede beibehalten).
2. Dolmetschen Sie stets in der ersten Person; z. B. «*Ich wurde vor einem Jahr operiert.*»
3. Dolmetschen Sie auch die Übergänge und Zwischenbemerkungen (z. B. «*Ich frage mich, ob ...*», «*Ich habe das Gefühl, dass ...*»).
4. Wenn Sie die Fachperson nicht verstehen, fragen Sie nach, bevor Sie dolmetschen.
5. Wenn Sie die Patientin nicht verstehen und nachfragen, dolmetschen Sie auch Ihre Rückfrage.
6. Machen Sie sich Notizen zur Gedächtnisstütze, vor allem bei Namen, Zahlen, Reihenfolge der Information.
7. Dolmetschen Sie eine Patientenaussage auch dann, wenn sie Ihnen unpassend, unlogisch, peinlich oder fehl am Platz vorkommt.
8. Wenn Sie den Eindruck haben, es könnte ein Missverständnis vorliegen, klären Sie es nicht selbst. Informieren Sie die Fachperson.
9. Helfen Sie mit Ihrer Haltung und Ihrer Sitzposition, dass Fachperson und Patient miteinander im Blickkontakt bleiben.

Nach dem Gespräch

1. Informieren Sie die Fachperson, wenn Sie den Eindruck haben, dass das Gespräch phasenweise unangemessen oder problematisch war.
2. Bitten Sie die Fachperson um ein Feedback zu Ihrer Leistung.

Interkulturelle Vermittlung

Abschliessend geht es um die grundsätzliche Frage, ob es sinnvoll sein könnte, Dolmetschern auch die Aufgabe einer interkulturellen Vermittlung zu übertragen.

Man könnte kritisch anmerken, dass interkulturelles Übersetzen vor allem dann Sinn macht, wenn klar ist, zwischen welchen Kulturen vermittelt werden soll. Das Problem besteht hier im Kulturverständnis, also der Annahme, es gäbe eine kurdische, kosovarische oder anatolische Kultur und wie diese definiert wird. Dies trifft – unter Berücksichtigung der individuellen Unterschiede – vor allem auf Menschen zu, die in diesen Regionen leben. Bei den Patientinnen und Patienten, für die in der Schweiz Übersetzungsdienste angefordert werden, sind die Voraussetzungen einer stabilen, kulturellen Identität nicht mehr gegeben: Sie befinden sich im einfachsten Fall in einem Niemandsland zwischen zwei Kulturen und in der Realität wahrscheinlich in ganz unterschiedlichen Terrae incognitae. Die Tatsache, dass ein Dolmetscher ihre Sprache spricht, ist nicht automatisch gleichbedeutend mit der Qualifikation, sich zur kulturellen Identität dieser Patienten kompetent zu äussern. Letztlich ist der Dolmetscher genauso wie eine Fachperson darauf angewiesen, diese Verortung einer kulturellen Identität jeweils neu und sorgfältig durchzuführen.

Literatur

- Woloshin S. et al.: Is language a barrier to the use of preventive services? *J Gen Intern Med.* 1997; 12(8): 472–7.
- Kale E., Syed H.R.: Language barriers and the use of interpreters in the public health services. A questionnaire-based survey. *Patient Educ Couns.* 2010; 81(2): 187–91.
- Ngo-Metzger Q. et al.: Providing high-quality care for limited English proficient patients: the importance of language concordance and interpreter use. *J Gen Intern Med.* 2007; 22 (Suppl. 2): 324–30.
- Bischoff A. et al.: Language barriers between nurses and asylum seekers: their impact on symptom reporting and referral. *Social Science & Medicine.* 2003; 57(3): 503–12.
- Flores G. et al.: Errors in medical interpretation and their potential clinical consequences in pediatric encounters. *Pediatrics.* 2003; 111(1): 6–14.
- Elderkin-Thompson V., Silver R.C., Waitzkin H.: When nurses double as interpreters: a study of Spanish-speaking patients in a US primary care setting. *Social Science & Medicine.* 2001. 52(9): 1343–58.
- Shannon C.E.: The mathematical theory of communication. 1963. MD Comput 1997. 14(4): p. 306–17.
- Sleptsova M. et al.: The role of the interpreter in a clinical setting: Narrative literature review. submitted 2012.
- Angelelli C.: Revisiting the interpreter's role: a study of conference, court, and medical interpreters in Canada, Mexico and United States. John Benjamins: Amsterdam 2004.



3.10. Gespräch über Patientenverfügungen und Wiederbelebung

Der Wunsch und das Recht auf Selbstbestimmung sowie die Vielfalt der Handlungsmöglichkeiten am Lebensende haben dazu geführt, dass sich immer mehr Menschen frühzeitig selbst für oder gegen medizinische Massnahmen entscheiden wollen. Sie möchten in gesunden oder kranken Tagen eine Patientenverfügung (PV) verfassen. Auch wollen sich Patienten im Spital für oder gegen eine Reanimation bei einem Herz-Kreislauf-Stillstand entscheiden können.

Es ist Aufgabe der Ärzte und Pflegefachleute, die Urteilsfähigkeit, Wertvorstellungen und Behandlungspräferenzen des Patienten zu erfassen. Dazu bedarf es einer professionellen und kommunikativen Kompetenz.

PV halten die persönlichen Wertvorstellungen sowie den Willen eines Patienten fest, für den Fall, dass er sich nicht mehr äussern bzw. nicht mehr entscheiden kann. Der Patient muss sich mit Angehörigen, Ärzten und Pflegefachleuten über Fragen von schwerer Krankheit, Sterben und Tod auseinandersetzen. PV lösen also per se die Auseinandersetzung über schwierige Themen aus.

Vorformulierte PV, die Menschen ohne begleitendes Gespräch mit Ärzten oder Pflegefachleuten und ohne vertiefte Auseinandersetzung mit den Angehörigen unterschreiben, sind von fehlendem bis geringem Nutzen. Sie tragen nicht dazu bei, die Differenz zwischen dem nur vermuteten und dem tatsächlichen Patientenwillen zu verkleinern. Allerdings scheuen viele Ärzte die Auseinandersetzung mit ihren Patienten, wenn es um das Sterben geht. Dies betrifft das Gespräch über PV, aber auch eine Klärung des Vorgehens bei einem Herz-Kreislauf-Stillstand. Mehrere Untersuchungen belegen, dass diese Zurückhaltung nicht gerechtfertigt ist.

Ablauf des Gesprächs

Zuerst soll der Anlass für das Verfassen einer PV oder das Gespräch über eine Reanimation geklärt werden. Hat der Patient selbst von einer schweren Erkrankung erfahren oder ist ein ihm nahestehender Mensch nach langem Leiden verstorben? Danach wird folgendes Vorgehen empfohlen:

- Urteilsfähigkeit des Patienten erfassen.
- Werteanamnese erheben.
- Vorgehen in konkreten Situationen festlegen.
- Eine Person oder mehrere Personen bestimmen, die im Falle einer Äusserungs- oder Urteilsunfähigkeit stellvertretend Entscheide über die Lebensverlängerung oder den Therapieabbruch fällen sollen.

Je nach Situation, in der sich der Betroffene befindet, wird dem einen oder anderen Aspekt mehr oder weniger Gewicht beigemessen. Bei gesunden Menschen wird die Klärung der persönlichen Werte ganz im Vordergrund stehen. Bei einem Patienten, der von einer schweren Erkrankung erfährt und bei dem eine Urteilsunfähigkeit (z. B. Demenz) zu erwarten ist, muss insbesondere auch das Vorgehen in ganz konkreten Situationen besprochen werden.

In gleicher Weise verläuft ein Gespräch mit einem hospitalisierten Patienten, der sich zur Frage einer Reanimation äussern sollte. Nach einem einleitenden Gespräch wird die Werterhaltung des Patienten erfasst und dann mit ganz konkreten Fragen die Reanimationssituation diskutiert.

Urteilsfähigkeit

Damit der Patient überhaupt eine PV erstellen kann, muss er im Hinblick auf eine bestimmte Handlung urteilsfähig sein (gemäss Art. 16 Zivilgesetzbuch: «Urteilsfähig im Sinne dieses Gesetzes ist jede Person, der nicht wegen ihres Kindesalters, infolge geistiger Behinderung, psychischer Störung, Rausch oder ähnlicher Zustände die Fähigkeit mangelt, vernunftgemäss zu handeln.»). Zur Abschätzung der Urteilsfähigkeit kann dem Patienten eine einfache Fallvignette vorgelegt werden. Er sollte in der Lage sein, diese zu verstehen und zusammenzufassen. Auch sollte er fähig sein, seine Behandlungspräferenz für diese konkrete Situation zu äussern, alternative Vorgehensweisen zu bewerten und die sich aus seiner Wahl ergebenden kurz- und längerfristigen Konsequenzen abzuleiten.

Konkret kann der Arzt folgende Geschichte erzählen:

«Stellen Sie sich vor, Sie erleiden einen Hirnschlag. Als Folge des Hirnschlags können Sie Ihren rechten Arm und Ihr rechtes Bein nicht mehr bewegen. Sie können auch nicht mehr sprechen und schlucken, die Sprache Ihrer Mitmenschen nehmen Sie aber noch wahr. Wegen der Schluckunfähigkeit würde man Sie fragen, ob Sie der Einlage einer Magensonde durch Ihre Bauchwand zustimmen würden, um eine ausreichende Nahrungszufuhr zu gewährleisten.»

Würden Sie mir diese kurze Geschichte bitte nochmals kurz zusammenfassen?

Würden Sie einer derartigen Massnahme zustimmen?

Welche alternativen Handlungsoptionen können Sie sich vorstellen?

Was, denken Sie, würde geschehen, wenn Sie der Massnahme nicht zustimmen?»

Alternativ kann die Bewertung der kognitiven Kompetenz auch mit Hilfe des Mini-Mental-State-Tests erfolgen. Je nach Autor wird eine Punktesumme von 16 bis 25 von insgesamt 30 möglichen Punkten als Voraussetzung zur Erstellung einer PV gefordert.

Werteanamnese

Sicher gibt es Situationen, in denen eine PV in einer einzigen Sitzung erstellt werden kann. Meist werden aber mehrere Sitzungen notwendig sein, denn für eine PV müssen Werthaltungen formuliert, Behandlungsziele und Vertrauenspersonen benannt und Aussagen zu verschiedenen spezifischen Behandlungssituationen gemacht werden (siehe 3.3).

In einem ersten Gespräch geht es darum, mit dem Patienten einen Zugang zu Themen wie schwere Krankheiten und Lebensende zu finden. Der Patient erzählt, wie seine gegenwärtige Lebenssituation aussieht (Gesundheit, soziale Kontakte, Zukunftspläne), wie weit er sich schon mit Fragen über Krankheit, Sterben und Tod auseinandergesetzt hat, welche Ängste in diesem Zusammenhang bestehen und von welchen Personen er denkt, dass sie als Vertrauenspersonen eingesetzt werden könnten. Der Arzt kann in diesem Zusammenhang auch Informationsmaterial zu Patientenverfügungen abgeben.

Eine Eingangsfrage könnte so formuliert werden:

«Haben Sie sich schon mal Gedanken gemacht über Ihr Altwerden, über das Sterben und über den eigenen Tod? Wenn ja, warum und in welchem Zusammenhang? Wollen Sie mir ein bisschen mehr darüber erzählen?»

In einem zweiten Gespräch soll in der Regel die Vertrauensperson anwesend sein (im Hinblick auf eine Vollmacht). In diesem Gespräch wird eine Werteanamnese aufgenommen, dokumentiert und es werden die Themen Behandlungsabbruch und Lebensverlängerung anhand von Fallbeispielen diskutiert. Darauf wird ein Entwurf für eine PV erstellt.

Voraussetzung ist, dass sich Ärzte, Pflegefachleute und Vertrauenspersonen ebenfalls in Form einer Selbstreflexion mit den wesentlichen Fragen um Leben und Tod auseinandergesetzt haben, um ihre eigene Werthaltung und Behandlungspräferenzen klar von denjenigen des Patienten abzugrenzen.

Erst in einer dritten Sitzung wird die PV dann definitiv geschrieben, kopiert und unterschrieben.

Je individueller die Werteerklärung ist, desto höher wird die Qualität der PV sein. Eine Werteanamnese kann erhoben werden, indem der Patient mit einer einfachen, offenen Frage gebeten wird, seine Wertvorstellungen zu schildern:

«Bitte sagen Sie mir, was für Sie im Leben wichtige Werte sind und was für Sie in einer Phase des nahenden Todes besonders wichtig sein könnte.»

Da es Menschen oftmals schwerfällt, diese Werte zu definieren, kann der Arzt hier auf Fragensammlungen zurückgreifen. Auch werden Kartensammlungen empfohlen, wobei der Patient Karten (Go-Wish-Kartenspiel) mit definierten Items bezüglich Wichtigkeit für ihn selbst bewerten soll.

Denkbar ist folgendes Vorgehen:

«Nehmen wir an, dass Ihre Lebenszeit auf wenige Wochen bis Monate begrenzt ist. Welche der folgenden Werte sind für Sie von grosser und welche von geringer Wichtigkeit?

Dass ich möglichst lange schmerzfrei sein kann.

Dass ich keine Atemnot leiden muss.

Dass ich bis zuletzt bei klarem Verstand sein darf.

Dass ich meine Würde behalten kann.

Dass ich bis zuletzt Behandlungswünsche äussern kann.

Dass ich gewisse Dinge in meinem Leben abschliessen kann.

Dass ich meinen Angehörigen nicht zur Last falle.

Dass ich daheim sterben kann.»

(Aufzählung nicht abschliessend)

Behandlungspräferenzen

Je nach Situation wird der Arzt mit dem Patienten konkrete Fallgeschichten besprechen. Der Patient muss entscheiden, ob er sich in der jeweiligen Situation eher für eine Lebensverlängerung oder einen Therapieabbruch entscheiden würde. Auch zur Erfassung dieser Präferenzen gibt es validierte Instrumente.

Vertrauenspersonen

Die ausgewählten Vertrauenspersonen sollen mit der Werteerklärung des Patienten vertraut sein. Im Gespräch mit dem Verfasser der PV und den Angehörigen muss darauf geachtet werden, dass Ärzte und Pflegefachleute von der Geheimhaltungspflicht gegenüber den in der PV genannten Vertrauenspersonen befreit werden.

Seit 2013 intensiviert das neue Erwachsenenschutzgesetz diese Herausforderungen noch, unter anderem deshalb, weil es die (automatische) Stellvertretung von entscheidungsunfähigen Patienten durch ihre nächsten Angehörigen in medizinischen Fragen vorsieht, auch wenn diese darauf unzureichend vorbereitet sind.

Literatur

- Ramsaroop S.D., Reid M.C., Adelman R.D.: Completing an advance directive in the primary care setting: What do we need for success? *J Am Geriatr Soc.* 2007; 55(2): 277–83.
- Barrio-Cantalejo I.M., Molina-Ruiz A., Simon-Lorda P. et al.: Advance directives and proxies' predictions about patients' treatment preferences. *Nurs Ethics.* 2009; 16(1): 93–109.
- Ghelli R., Gerber A.U.: Die Frage der Reanimation (REA). Der Patientenauftrag und Reaktionen auf dessen Erfragung. 66. Jahresversammlung der Schweiz. Gesellschaft für Innere Medizin 1998.
- Lack P.: Verschiedene Formen der Patientenverfügung und ihre Eignung für bestimmte Personengruppen. *Bull Soc Sci Med.* 2008; Nr. 3: 415–27.
- Fazel S., Hope T., Jacoby R.: Assessment of competence to complete advance directives: validation of a patient centred approach. *BMJ* 1999; 318: 493–7.
- Folstein M.F., Folstein S.E., McHugh P.R.: «Mini-mental state». A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *J Psychiatr Res.* 1975; 12(3): 189–98.
- Emanuel L.L., Danis M., Pearlman R.A., Singer P.A.: Advance care planning as a process: structuring the discussions in practice. *J Am Geriatr Soc.* 1995; 43(4): 440–6.
- Lankarani-Fard A., Knapp H., Lorenz K.A. et al.: Feasibility of discussing end-of-life care goals with inpatients using a structured, conversational approach: the go wish card game. *J Pain Symptom Manage* 2010; 39(4): 637–43.
- Beland D.K., Froman R.D.: Preliminary validation of a measure of life support preferences. *Image J Nurs Sch.* 1995; 27(4): 307–10.
- Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften: Patientenverfügungen. Medizin-ethische Richtlinien und Empfehlungen, 2009.

3.11. Gespräch über Behandlungsfehler¹

Behandlungsfehler stellen für Patienten, ihre Angehörigen und auch die beteiligten Fachpersonen eine komplexe Herausforderung dar. Neben den direkten Folgen eines Fehlers, zum Beispiel einer physischen Schädigung, kann auch die Kommunikation nach einem Fehler eine zusätzliche Belastung darstellen. Viele betroffene Patienten und Angehörige berichten, dass eine unangemessene Kommunikation nach einem Behandlungsfehler zu tiefgreifender Verunsicherung, Verletzung und intensiven emotionalen Reaktionen geführt hat. Ein sorgsamer und sensibler Umgang mit Patienten und Angehörigen kann dies vermeiden und sogar entlastend wirken.

Die meisten Menschen haben Verständnis dafür, dass es auch in der medizinischen Behandlung zu Fehlern kommen kann. Patienten haben jedoch auch eine universelle, eindeutige und umfassende Präferenz für das Offenlegen von Fehlern, die nahezu unabhängig von Alter, Geschlecht oder Bildungsstand der Betroffenen ist. Wenn die beteiligten Fachpersonen die Patienten nicht offen in-

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

formieren, führt gerade dies nicht selten erst zum Versuch, eine Klärung durch Dritte (Anwälte, Gutachter, Schlichtungsstellen) herbeizuführen. Ärzte hingegen versuchen häufig, einer eindeutigen und klaren Kommunikation über einen Fehler auszuweichen. Zum einen, weil es eine belastende Aufgabe ist, zum anderen, weil sie rechtliche Konsequenzen fürchten. So entsteht nicht selten eine paradoxe Situation, in der erst die nebulöse Kommunikation eine konfrontative und oft eskalierende Auseinandersetzung ausserhalb der Arzt-Patienten-Beziehung in Gang setzt. Studien aus anderen Ländern zeigen, dass die Suche nach Wahrheit und Aufklärung eine Hauptursache ist, warum Patienten sich an entsprechende Institutionen wenden.

Für die Kommunikation nach einem Behandlungsfehler sind folgende Aspekte wesentlich: die rasche, persönliche und eindeutige Offenlegung des Fehlers; die Übernahme der Verantwortung; die Informationen über den Fehler und etwaige Folgen sowie der glaubhafte Ausdruck des ehrlichen Bedauerns.

Anlässe für die Kommunikation über Fehler

Alle Fehler, die zu einer temporären oder dauerhaften Schädigung, Beeinträchtigung oder die zu einer zusätzlichen Behandlung des Patienten führen, sollten offengelegt werden. Dazu gehören auch Ereignisse, die vom Patienten oder von Angehörigen nicht zweifelsfrei als fehlerhaft oder fehlerbedingt identifiziert werden können. Das Informationsungleichgewicht zwischen Fachpersonen und Patienten führt in vielen Fällen dazu, dass ein vermeidbares, also auf einen Fehler zurückzuführendes, unerwünschtes Ereignis komplett verschwiegen oder zu einer unvermeidbaren Schädigung, also einer Nebenwirkung oder Komplikation, «umetikettiert» werden kann. Da dadurch das Vertrauensverhältnis und das Informationsungleichgewicht ausgenutzt und die selbstbestimmte Bewertung des Vorfalls durch den Patienten verhindert würden, ist dies ethisch äusserst fragwürdig und sollte vermieden werden.

Nicht alle Behandlungsfehler führen auch zu einer Schädigung. So gibt es Fälle, in denen eine Schädigung rechtzeitig abgewendet werden kann. Grundsätzlich sollten Fehler, die keine Auswirkungen auf den Patienten haben, dann kommuniziert werden, wenn diese den fehlerhaften Vorgang vermutlich wahrgenommen haben. Dies wäre beispielsweise bei einer diagnostischen Untersuchung der falschen Körperseite aufgrund einer Seitenverwechslung der Fall. In solchen Situationen führt das Verschweigen des Fehlers zu Irritation und Verunsicherung, während das klare Aussprechen, dass dies ein Fehler war, das Vertrauen des Patienten in den Arzt (und in die eigene Wahrnehmung) fördern kann. Wenn ein Ereignis nicht zu einer Schädigung geführt hat und vom Patienten auch nicht bemerkt wurde, ist eine Aufklärung über den Sachverhalt in der Regel nicht sinnvoll.

Form des Gespräches

Wie bei allen schwierigen Gesprächssituationen sollte auch die Kommunikation über einen Fehler persönlich erfolgen. Zudem braucht es eine ruhige Umgebung und genügend Zeit. Angehörige sollten den Patienten begleiten dürfen, falls er dies wünscht. Gerade bei Fehlern mit schwerwiegenden Konsequenzen ist die Kommunikation eine Aufgabe der klinischen Führungspersonen (Kaderärzte), auch wenn diese nicht direkt in den Vorfall involviert sind. Gleichwohl ist es oft hilfreich und von Patienten erwünscht, wenn die direkt am Fehler beteiligten Fachpersonen ebenfalls am Gespräch teilnehmen. Die erste Kommunikation über einen Behandlungsfehler sollte so schnell wie möglich stattfinden. Wenn gesicherte Informationen über das Geschehen vorliegen, ist in den meisten Fällen ein weiteres Gespräch erforderlich.

Inhalte eines Gespräches über Behandlungsfehler

Die Fachperson erklärt, dass es zu einem Fehler gekommen ist und was genau passiert ist. Sie informiert über die Folgen für den Patienten, die Prognose sowie Pläne oder Empfehlungen für die weitere Behandlung. Auch das weitere Vorgehen zur Aufarbeitung des Fehlers im Betrieb sollte thematisiert werden. Dazu gehört beispielsweise, ob und in welcher Form der Vorfall analysiert wird und welche Konsequenzen daraus gezogen werden. In diesem Gespräch soll die Fachperson nur gesichertes Wissen und keine Spekulationen kommunizieren.

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

Ein Ausdruck des Bedauerns ist zentrales Element der Kommunikation über einen Behandlungsfehler und hat für Patienten eine herausragende Bedeutung. Ein Ausdruck des Bedauerns ist kein Schuldeingeständnis und daher auch nicht haftungsrelevant. Das ehrliche Bedauern als Ausdruck von Empathie und Respekt für den Patienten ist daher unverzichtbarer Bestandteil des Gespräches über einen Behandlungsfehler.

Weitere Nachsorge

Viele für Patienten relevante Informationen werden erst zu einem späteren Zeitpunkt verfügbar sein. So können Fehlerursachen und betriebsinterne Konsequenzen wie veränderte Prozessabläufe in der Regel erst durch sorgfältige Analysen aufgearbeitet werden. Die Patienten und Angehörigen sind zu einem späteren Zeitpunkt über diese Erkenntnisse proaktiv zu informieren. Auf jeden Fall soll den betroffenen Patienten ein Follow-up-Termin angeboten werden, auf den sie sich vorbereiten können.

Literatur

Stiftung für Patientensicherheit: Kommunikation mit Patienten und Angehörigen – Wenn etwas schief geht. Schriftenreihe Nr. 1. Zürich, 2006.

O'Connor E., Coates H.M., Yardley I.E., Wu A.W.: Disclosure of patient safety incidents: a comprehensive review. *Int J Qual Health Care.* 2010; 22(5): 371–9.

Helmchen L.A., Richards M.R., McDonald T.B.: How does routine disclosure of medical error affect patients' propensity to sue and their assessment of provider quality? Evidence from survey data. *Med Care.* 2010; 48(11): 955–61.

Kachalia A., Kaufman S.R., Boothman R., Anderson S., Welch K., Saint S., Rogers M.A.: Liability claims and costs before and after implementation of a medical error disclosure program. *Ann Intern Med.* 2010; 153(4): 213–21.

López L., Weissman J.S., Schneider E.C., Weingart S.N., Cohen A.P., Epstein A.M.: Disclosure of hospital adverse events and its association with patients' ratings of the quality of care. *Arch Intern Med.* 2009; 169(20): 1888–94.

3.12. Gespräch zwischen den Berufsgruppen

Im klinischen Alltag ist es evident, dass in multiprofessionellen Teams das Fachwissen und das Wissen über einen Patienten auf verschiedene Personen aus unterschiedlichen Berufsgruppen verteilt ist – erst die Zusammenführung macht dieses gemeinsame Wissen für die Beteiligten nutzbar. Dieser Erfahrung steht allerdings eine nicht eindeutige Evidenz gegenüber: Die letzte Ausgabe der Cochrane Review zur interprofessionellen Kommunikation hat untersucht, ob sich Interventionen zur Verbesserung der Kommunikation zwischen Berufsgruppen (i. d. R. zwischen Ärzten und Pflegenden) in verbesserter Behandlungsqualität niederschlagen. Es zeigt sich, dass in 7 von 15 Studien Qualitätsindikatoren besser werden (z. B. Anzahl klinischer Fehler auf einer Notfallstation, Behandlungsqualität bei Diabetes-Patienten usw.), 4 Studien haben gemischte Ergebnisse und 4 Studien zeigen keinen Effekt.

Die Chance zur interdisziplinären Zusammenarbeit ergibt sich in der Schweiz am ehesten in der stationären Behandlung von Patienten; im Spital ist die Stationsvisite der Moment, in dem regelhaft Pflegende und Ärzte gemeinsam mit Patienten sprechen und ihr Fachwissen einbringen können. Damit dies geschieht,

müssen vor allem Pflegende erleben, dass ihr Beitrag notwendig ist für die Beurteilung eines Patienten: Sie müssen explizit eingeladen werden, ihr Fachwissen einzubringen. Dies wird umso besser gelingen, je mehr das wechselseitige Verhältnis von Vertrauen, gegenseitigem Respekt und geteilter Verantwortung für das Wohl des Patienten geprägt ist.

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

Hemmende Faktoren

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

Fördernde Faktoren

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

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

Ein gutes Beispiel für die Aufgabenverteilung bei der Betreuung schwer kranker Patienten oder ihrer Angehörigen liefert die Arbeit von Forsey et al. (Psycho-Oncology 2013): Hier zeigt sich in der Betreuung von Eltern leukämiekranker Kinder, dass Pflegende ganz andere Ziele in ihren Gesprächen mit Eltern angeben als die Ärzte. Ärzte geben an, dass sie Eltern unterstützen, indem sie sich kompetent um die Behandlung des Kindes kümmern und nicht, indem sie die Befürchtungen der Eltern identifizieren und diskutieren. Pflegende dagegen bringen ihre psychologischen Kenntnisse ins Spiel und versuchen, Eltern dadurch zu unterstützen, dass sie explizit auf ihre Ängste und Sorgen eingehen. Ärzte und Pflegende in dieser Untersuchung kennen diese Art der Aufgabenteilung und verlassen sich auf die Kompetenz der jeweils anderen Berufsgruppe. Beide werden von den Eltern als emotional unterstützend erlebt. Dieses Modell funktioniert allerdings nur, wenn beide Berufsgruppen ihr Selbstverständnis kommunizieren und wenn sich beide gegenseitig respektieren.

Literatur

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



Aus- und Weiterbildung in Kommunikation

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

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

Ausbildung

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

Weiterbildung

Ausserhalb des Studentenunterrichts kommen Übersichtsartikel zum Schluss, dass sich Techniken der patientenzentrierten Kommunikation erfolgreich vermitteln lassen. Der Stand der empirischen Forschung in der Lehre ist allerdings nicht befriedigend. Es ist in vielen Bereichen unbekannt, mit welchem didaktischen Vorgehen am besten Lernziele in der Humanmedizin erreicht werden können. Dies hat zur Gründung der «Best Evidence Medical Education (BEME) Collaboration» geführt, die sich darum bemüht, Evidenz für erfolgreiche Interventionen in der Lehre zusammenzutragen und Qualitätskriterien für Studien im Bereich der Lehre festzulegen.

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

im unmittelbaren Umgang mit Patientinnen und Patienten schwer umzusetzen. Dies gilt auch für die Transaktionsanalyse, deren Ertrag für den klinischen Alltag nicht belegt ist. Häufig eingesetztes Lehrmittel sowohl im Studentenunterricht als auch in der Fort- und Weiterbildung sind Rollenspiele, die zwar nicht immer beliebt sind, aber den grossen Vorteil haben, dass die Lernenden sich in die Rolle des Patienten hineinversetzen können und am eigenen Leib erleben, wie anders ein Gespräch verläuft, wenn «die Ärztin» ihr Kommunikationsverhalten variiert. Für den Lernenden in der Rolle der Ärztin ist vor allem die Qualität des Feedbacks entscheidend: Bezieht sich die Rückmeldung auf etwas, was auch der Lernende bemerkt hat? Ist es wertschätzend formuliert? Knüpft es an die Absichten und an die Möglichkeiten des Lernenden an? usw.. Probleme beim Feedback entstehen häufig, wenn zu lange Phasen eines Gespräches abgewartet werden – dann weiss zumindest der Lernende nicht mehr, wovon eigentlich die Rede ist.

Feedback

Der Einsatz von Videoaufnahmen ist eine andere Möglichkeit, um das Ausgangsmaterial für Feedbackinterventionen anzureichern, es lässt sich aber aus logistischen und datenschutzrechtlichen Gründen eher ausserhalb des klinischen Alltags einsetzen, z. B. in Rollenspielen oder bei Interaktionen mit Schauspielerpatienten. Diese kommen vor allem in der Ausbildung, aber auch beim Vermitteln komplexer Techniken wie dem Mitteilen von schlechten Nachrichten immer häufiger zum Einsatz: Auch für das Schweizer Staatsexamen werden seit dem Jahre 2011 klinische Fertigkeiten mit Hilfe von Laienschauspielern überprüft, die bestimmte Patientenfälle spielen.

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

Alle oben erwähnten Lehrtechniken konzentrieren sich letztlich auf beobachtbares Verhalten. Was Lernende dazu motiviert, ein bestimmtes Verhalten zu zeigen, bleibt dabei unberücksichtigt. Dieses «Nachdenken über» soll durch Interventionen gefördert werden, in denen Studenten gebeten werden, sich schriftlich zu Erfahrungen zu äussern, die sie z. B. mit schwierigen Patienten im Hausarztstudium gemacht haben oder im Lernen am Projekt im Kontakt mit den Menschen in schwierigen Lebenssituationen.

Internetgestützte Lernformen sollten entsprechend dem bisher Gesagten umso wirkungsvoller sein, je direkter und individueller die eigenen Antworten z. B. auf ein Beispielvideo aus dem Internet mit professionellem Feedback miteinander verknüpft sind. Dies erreicht z. B. eine neue Applikation aus der Drexel Medical School in Philadelphia, bei der Lernende online mit einer Schauspielerin als Patientin interagieren, die unmittelbar nach dem Gespräch mit ihnen eine Aufzeichnung des Interviews anschaut und kritische Momente (in Bezug auf das Lernziel) kommentiert und zu Alternativen ermutigt.

Literatur

- Berendonk C., Beyeler C., Westkämper R., Giger M.: Strukturiertes Feedback in der ärztlichen Weiterbildung: Mini-CEX und DOPS. Schweizerische Ärztezeitung. 2008; 89: 1337–40.
- Berkhof M., van Rijssen H.J., Schellart A.J., Anema J.R., van der Beek A.J.: Effective training strategies for teaching communication skills to physicians: an overview of systematic reviews. Patient Educ Couns. 2011; 84(2): 152–62.
- Bokken L. et al.: Instructiveness of real patients and simulated patients in undergraduate medical education: a randomized experiment. Acad Med. 2010; 85(1): 148–54.
- Cantillon P., Sargeant J.: Giving feedback in clinical settings. BMJ. 2008; 337: a1961.
- Cook D.A., Beckman T.J., Bordage G.: Quality of reporting of experimental studies in medical education: a systematic review. Med Educ. 2007; 41(8): 737–45.
- Kogan J.R., Holmboe E.S., Hauer K.E.: Tools for direct observation and assessment of clinical skills of medical trainees: a systematic review. JAMA. 2009; 302(12): 1316–1326.
- Lane C., Rollnick S.: The use of simulated patients and role-play in communication skills training: a review of the literature to August 2005. Patient Educ Couns. 2007; 67(1–2): 13–20.
- Langewitz W.: Zur Erlernbarkeit der Arzt-Patienten-Kommunikation in der Medizinischen Ausbildung. Bundesgesundheitsblatt. 2012; 55: 1176–82.

Anhang

Autorinnen und Autoren

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

Dr. med. Klaus Bally

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

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

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

lic. phil. Gertrud Hofer

Zürcher Hochschulen für Angewandte Wissenschaften, Winterthur

Dr. med. André Karger

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

Prof. Dr. med. Alexander Kiss

Chefarzt der Psychosomatischen Abteilung, Universitätsspital Basel

Prof. Dr. med. Reto W. Kressig

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

Prof. Dr. med. Wolfgang Langewitz

Leitender Arzt der Psychosomatischen Abteilung, Universitätsspital Basel

Dr. med. Pierre Loeb

Facharzt für Allgemeinmedizin, Psychosomatische und Psychosoziale Medizin SAPP, Basel

Dr. Jacqueline Martin

RN, Leiterin Ressort Pflege/MTT, Universitätsspital Basel

Prof. Dr. Stella Reiter-Theil

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

Mathias Schlögl

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

Prof. Dr. David Schwappach, MPH

Wissenschaftlicher Leiter der Stiftung für Patientensicherheit, Zürich

lic. phil. Marina Sleptsova

Dolmetscherin an der Psychosomatischen Abteilung, Universitätsspital Basel

Prof. Dr. Rebecca Spirig

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

Dr. med. Christian Wüthrich

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

Für wertvolle Hinweise danken wir folgenden Personen:

Prof. Dr. iur. Christian Brückner

Basel

Prof. Dr. med. Dieter Conen

Präsident der Stiftung für Patientensicherheit, Buchs

stud. med. Martin Diebold

Basel

Prof. Dr. med. Jochen Gensichen

Institut für Allgemeinmedizin, Universitätsklinikum Jena

Dr. med. Johanna Sommer

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

Redaktionskommission

Dr. med. Hermann Amstad

Generalsekretär SAMW, Basel

Prof. Dr. med. et phil. Bernice Elger

Direktorin des Instituts für Bio- und Medizinethik der Universität Basel

lic. phil. Adrian Heuss

advocacy ag communication and consulting, Basel

Prof. Dr. med. Alexander Kiss

Chefarzt der Psychosomatischen Abteilung, Universitätsspital Basel

Prof. Dr. med. Wolfgang Langewitz

Leitender Arzt der Psychosomatischen Abteilung, Universitätsspital Basel

lic. iur. Michelle Salathé, MAE

stv. Generalsekretärin SAMW, Basel

