



© Thomas Müller

12 Arzt-Patienten-Kommunikation

12.1	Vorbemerkung	160
12.2	Zuhören können	160
12.3	Beziehung schaffen	161
12.4	Die ärztliche Grundhaltung	162
12.5	Schwierige Gesprächssituationen	164
12.6	Schlussbetrachtung	167

Anne Simmenroth, Manfred Lohnstein

12.1 Vorbemerkung

Gute Kommunikation zwischen Arzt und Patient ist für alle ärztlichen Fachgruppen eine der wichtigsten Voraussetzungen zur Bildung einer tragfähigen Arzt-Patienten-Beziehung. Zu den Besonderheiten in der hausärztlichen Arbeit zählen dabei:

- Die Kommunikation wird oft durch Kontinuität und breite Zuständigkeit geprägt.
- Durch den niederschweligen Zugang zu ihren Praxen werden Hausärzte mit einem breiten Spektrum von Fragestellungen konfrontiert, sodass oft ohne Vorbereitung schwierige Gesprächssituationen entstehen.
- Das unselektierte Patientenkollektiv und das Arbeiten im Niedrig-Risiko-Bereich führen dazu, dass allein über das ärztliche Gespräch bei vielen Behandlungsanlässen bereits wegweisende Entscheidungen getroffen werden können.
- In der Notfallversorgung und im Wochenenddienst treffen Hausärzte auf weitgehend unbekannte Konstellationen, die oft ein hohes Maß an kommunikativer Kompetenz erfordern.
- Bei Hausbesuchen und in Pflegeeinrichtungen findet Kommunikation fast immer in einer Dreier-Situation statt (mit Angehörigen und/oder Pflegepersonal).
- Die Allgemeinmedizin fokussiert auf das Kranksein, bzw. die Mehrdimensionalität von Krankheit, die besonders gute kommunikative Fähigkeiten auf Seiten des Arztes erfordert.

12.2 Zuhören können

“What you say to patients is not as important as what you let patients tell you”. Cicely Saunders, die englische Pionierin der Hospiz-Bewegung, bringt hier zum Ausdruck, was zum Thema Kommunikation äußerst wichtig ist: Die erste Voraussetzung dafür, mit unseren Patienten in Kontakt zu kommen, ist ein ausführliches und aufmerksames Zuhören – Körpersprache und Verhalten mit eingeschlossen.

Aus Studien ist bekannt, dass Patienten durchschnittlich nach 20 Sekunden von ihren Ärzten unterbrochen werden, wenn sie zu Beginn der Konsultation ihre Beschwerden schildern wollen. Ärzte geben an, dass sie befürchten, ihre Patienten würden ansonsten zu lange sprechen. Dies entspricht aber nicht der Realität: In einer allgemeinmedizinischen Dissertation wurden die Anfangs-Rede-Zeiten der bewusst *nicht* unterbrochenen Patienten erfasst, die fast nie 60 Sekunden überschritten (eine Zeitspanne, die Patienten in jedem Fall zugestanden werden kann)!

12.1 Vorbemerkung

12.2 Zuhören können

► Fallbeispiel.

► Fallbeispiel.

Fallbeispiel 1

Eine **17-jährige lebensfrohe Schülerin** erscheint in einem Wintermonat nachmittags zum vereinbarten Termin und berichtet über **Kopfschmerzen im Stirnbereich**, die schon seit etwa zwei Wochen bestünden; sie habe deshalb vorzeitig den Unterricht verlassen müssen. Die Patientin ist in der Praxis seit acht Jahren bekannt, wurde in den Vorjahren wegen einer allergischen Rhinitis behandelt und war vor drei Monaten wegen einer Brillenverordnung beim Augenarzt. Bei ähnlichen Beschwerden hat sie bisher immer Acetylsalicylsäure (Aspirin®, Generika) eingenommen. Da die körperliche Untersuchung, incl. neurologischer Tests unauffällig ist, schlage ich vor, zunächst keine weitere Diagnostik zu veranlassen.

Nach diesem Vorschlag wirkt die junge Frau sehr nachdenklich. Darauf angesprochen, äußert sie, dass eine sehr gute Freundin im Sommer an einem Hirntumor verstorben sei und sich damals die ersten Krankheitssymptome als Kopfschmerzen geäußert hätten. Die Patientin erzählt

ausführlich von der etwa viermonatigen Krankheitsgeschichte ihrer Freundin und ist bei der Schilderung der dramatischen Zuspitzung vor der Krankenhauseinweisung den Tränen nahe. Ich höre ihr zu, ohne sie zu unterbrechen. Wir verständigen uns dann darauf, dass sie zu einer fachneurologischen Untersuchung überwiesen wird und nach diesem Termin eine Wiedervorstellung in meiner Praxis erfolgen sollte. Als nach vier Wochen der neurologische Bericht immer noch nicht eingetroffen ist, frage ich bei der Patientin nach. Sie berichtet, dass sie inzwischen gar keine Kopfschmerzen mehr gehabt und dann doch auf weitere Diagnostik verzichtet habe.

Was ist geschehen?

Das Beispiel zeigt den spiralförmigen Verlauf der Kommunikation: Auf das Anliegen der Patientin folgt - nach der körperlichen Untersuchung - ein Vorschlag des Arztes. Dann entsteht eine Pause und dieses nonverbale Signal veranlasst den Arzt zum Nachfragen. Dadurch erhält das Gespräch plötzlich einen neuen Fokus: Die Patientin kann jetzt ihre Ängste und Sorgen, die sie mit den Kopfschmerzen assoziiert, ungestört ausdrücken, was sie entlastet. Offenbar kann sie danach mit „ihren“ Kopfschmerzen wieder so umgehen, wie es ihr bisher vertraut war. Das Zuhören bzw. die Wahrnehmung und Beachtung einer nonverbalen Botschaft war in dieser Begegnung der entscheidende Schlüssel.

Um am Ende einer Konsultation selbstkritisch zu beurteilen, ob die Anliegen unserer Patienten zur Sprache gekommen sind, eignet sich ein Konzept, das im anglo-amerikanischen Sprachraum mit dem Kürzel **ICE** (*ideas, concerns and expectations*) beschrieben wird:

Ideas: Sind die relevanten **Gedanken und Vorstellungen** des Patienten zu seiner Situation erkannt und angesprochen worden?

Concern: Sind die **Sorgen** des Patienten erkannt worden? Welche Bedeutung haben die Krankheitszeichen für das Leben des Patienten?

Expectation: Sind die **Erwartungen** des Patienten erkennbar? Welche Wünsche wurden zur Abklärung der Symptome und zu therapeutischen Möglichkeiten geäußert?

12.3 Beziehung schaffen

Verschiedene Kommunikationsmodelle versuchen, den komplexen Vorgang eines Arzt-Patienten-Gesprächs zu veranschaulichen: Es ist von „Sendern und Empfängern“, von „Vier Ohren“ bzw. „Ebenen einer Nachricht“ oder „Codierung und Decodierung“ die Rede. Wir möchten uns im Folgenden auf die Darstellung des systemischen Kommunikationsmodells der Schule von Paolo Alto beziehen, das in Europa wesentlich durch Paul Watzlawick bekannt wurde. Die Kernaussage dieses Modells lautet:

„Jede Kommunikation definiert Inhalt und Beziehung. Der Beziehungsaspekt dominiert den Inhaltsaspekt.“

Wenn wir z. B. im Rahmen der Anamnese-Erhebung Informationen von einem neuen Patienten benötigen, so könnten wir diese Inhalte durch einen strukturierten Fragebogen im Wartezimmer erheben lassen. Wir würden dann detaillierte Informationen erhalten, welche die von uns gestellten Fragen beantworten. Verlagern wir die Anamnese-Erhebung dagegen in unser Sprechzimmer, werden wir miteinander in Beziehung treten. Stellen wir die offene Frage: „was führt Sie heute zu mir“, so gibt der Patient vor, mit welchem Anliegen und auf welche ihm eigene Art er zu uns kommen will: Wir treten sofort in die Interaktion mit dem Patienten ein. Nonverbale oder im Gesprächsverlauf auffällige Signale können wir aufgreifen und deuten. Gesteigert haben wir diesen Prozess in der Situation des Hausbesuches: der Arzt ist der Gast und tritt in den Lebensraum des Patienten ein.

Das Konzept **ICE** (*ideas, concerns and expectations*) eignet sich, um zu überprüfen, ob die Anliegen der Patienten zur Sprache gekommen sind.

12.3 Beziehung schaffen

Kommunikation ist ein kreisförmiger, sich wechselseitig beeinflussender Prozess.

Jede Kommunikation definiert Inhalt und Beziehung. Der Beziehungsaspekt dominiert den Inhaltsaspekt.

▶ Fallbeispiel.

▶ Fallbeispiel.

Fallbeispiel 2

Im kassenärztlichen Notdienst werde ich am späten Mittwochnachmittag über die Leitstelle zu einem **70-jährigen Patienten** gerufen (der mitgeteilte Name klingt russisch): **Der Blutdruck sei zu hoch** (200/105 mmHg). Ich fahre zur Wohnung des Patienten, wo ich ihn zusammen mit seiner Ehefrau antreffe. Auf dem Tisch in der großen Wohnküche liegt ein Zettel mit den gemessenen Blutdruck-Werten, der Medikationsplan (Betablocker, ACE-Hemmer und ASS in Standarddosierung), ein RR-Messgerät neueren Datums sowie ein Notizzettel mit der Telefonnummer einer Pflegefachkraft. Die Ehefrau ist aufgeregt, der Patient selbst gibt sich eher unbeteiligt. Beide sprechen nur gebrochen Deutsch.

Ich nehme am geräumigen Tisch Platz und bitte, es mir gleich zu tun. Der Patient gibt auf Nachfrage keine Beschwerden an und zeigt keine Symptome, die auf eine akute Organschädigung hinweisen (keine Schmerzen, keine Dyspnoe, keine Paresen oder Sprachstörungen). Damit bestand kein Grund für eine sofortige medikamentöse Therapie.

Ich messe mit meinem Gerät 195/98 mmHg, Herzfrequenz: 81/min. Die Ehefrau bittet mich, die Pflegefachkraft anzurufen, damit sie meine Äußerungen ins Russische übersetzen könnte. Ich verschiebe dies zunächst.

Der Raum ist übervoll mit Schiffsmodellen dekoriert, an der offen stehenden Tür zum Schlafzimmer hängt eine Weltkarte. Ich frage den Patienten aus welchem Teil Russlands er kommt. Er antwortet „Moskau“ und teilt mir mit, dass er Seemann gewesen sei. Dann führt er mich ins Schlafzimmer und zeigt mir das Schiffsmodell, an dem er gerade arbeitet.

Ich bewundere seine Geschicklichkeit. Er zeigt mir ein weiteres Schiffsmodell, an dessen Bug eine Harpune montiert ist, ein Walfänger. Ich folge zur Weltkarte und mit wenigen Fingerzeigen erklärt mir der Patient, dass er auf diesem Walfänger seine längste Seereise erlebt habe.

Anschließend telefoniere ich mit der Pflegefachkraft und teile ihr mit, dass die Situation keine akute Gefährdung darstellt. Ich verweise auf die Notwendigkeit, die Medikation zu überprüfen, um eine langfristig stabile Einstellung des Blutdrucks zu erreichen. Der Patient solle weiterhin seinen Blutdruck regelmäßig messen, sowie protokollieren und zusammen mit dem Hausarzt die optimale Behandlung besprechen.

Die Verabschiedung verläuft überaus herzlich und in entspannter Atmosphäre.

Was ist geschehen?

Dem Arzt ist es trotz Sprachbarriere gelungen, eine Beziehung zum Patienten herzustellen. Er hat ihn als „Menschen“ und nicht primär als „Fall“ behandelt. Die Blutdruckkrise – oftmals ausgelöst durch emotionale Ereignisse – konnte so beherrscht werden.

12.4 Die ärztliche Grundhaltung

Die Beziehung zum Patienten wird wesentlich durch unsere ärztliche Grundhaltung beeinflusst, die von Klaus Dörner beschrieben wurde und uns als Leitfaden dient: Dörner empfiehlt eine „unendlich offene Haltung“, welche die Menschen, die zu uns kommen dazu ermutigt, ihre Anliegen vorzutragen (Abb. A-12.1). Diese Haltung ist geprägt von **Empathie, Wertschätzung und Kongruenz** – diese Begriffe stellt auch Carl Rogers als „Säulen“ seiner „Klienten-zentrierten Gesprächsführung“ voran.

12.4 Die ärztliche Grundhaltung

Die **ärztliche Grundhaltung** sollte geprägt sein durch Empathie, Wertschätzung und Kongruenz.

⊙ A-12.1

⊙ A-12.1

Ein abgerundeter Tisch ermöglicht verschiedene Sitz-Anordnungen, wie z. B. hier beim gemeinsamen Auswerten eines Risikobogens "auf Augenhöhe".





Duale Reihe

Michael M. Kochen

Allgemeinmedizin und Familienmedizin

5. Auflage

 Online-Version in der eRef

 Thieme

Das gesamte Werk finden Sie hier:

<https://www.thieme.de/shop/Allgemeinmedizin/Kochen-Duale-Reihe-Allgemeinmedizin-und-Familienmedizin-9783131413857/p/000000000149590105?text=duale+reihe>