

28.3.2 Konkrete Gesprächstechniken

Bei einem Erstgespräch geht es vor allem darum, in Erfahrung zu bringen, wer der Mensch ist, der vor einem sitzt, und mit welchen Problemen er als Patient professionelle Hilfe sucht. Dafür steht meist mehr Zeit zur Verfügung als für einen Kontrolltermin. Wichtig ist dem Patienten zu erklären, mit wem er es zu tun hat und in welcher Funktion. Bei einem bereits bekannten Patienten oder bei der Visite auf einer Station im Spital geht es vor allem darum zu klären, was jetzt besprochen werden soll. Von daher steht am Anfang häufig (auch auf der Visite; ➤ Abschn. 28.4) eine Klärung der Agenda und des Zeitrahmens: „Wir haben heute 10 Minuten Zeit für unser Gespräch. Was gibt's von Ihnen für heute? ... Ich würde gerne reden über ...“. Anknüpfend an die Bühnenmetapher ist es für Patienten hilfreich, wenn sie bereits zu Beginn grob über den Ablauf des Gesprächs orientiert sind, wenn sie also z. B. hören: „Ich wär' froh, wenn Sie erst mal von sich aus erzählen würden, wie Sie das Problem sehen. Ich werde dann später noch Fragen stellen, aber Ihnen erstmal gerne zuhören.“

WWSZ-Techniken

Warten

In einem typischen Arzt-Patient-Gespräch gibt es sehr selten Pausen von 1–3 Sekunden Länge, in denen keiner von beiden spricht. Dabei ist doch aus der Alltagskommunikation völlig plausibel, dass man manchmal ein paar Sekunden braucht, bis einem einfällt, was man eigentlich noch hinzufügen wollte oder was man jetzt am besten entgegnet. Selbst kurze Pausen könnten also dazu dienen, die „Situation offen zu halten“, dem Patienten die Chance zu geben, seine Ausführungen fortzusetzen. Warten ist allerdings nicht das Gleiche wie absolut gar nichts tun, denn das Ausbleiben jeglicher Reaktion beim Gegenüber irritiert – wie wir alle wissen, wenn es am anderen Ende des Telefons auf einmal für längere Zeit totenstill bleibt. Damit Warten den Patienten einlädt, seine Geschichte fortzusetzen, muss es als Einladung verstanden werden. Augenkontakt ist ein probates Mittel, um dem Gegenüber zu vermitteln, dass ihm die ungeteilte Aufmerksamkeit gilt. Eine Wartepause, bei der der Arzt in den Unterlagen blättert, erfüllt diesen Zweck nicht. Zusätzliche Hilfen sind das Nicken des Zuhörers oder sein „mmh, mmh“ etc.

Das größte Problem beim Warten, was diese an sich sehr schlichte Intervention ausgesprochen schwierig macht, ist die Frage nach der angemessenen Dauer. Warten kann den Charakter eines stummen Belauerns annehmen, bei dem verliert, wer als erster weiter spricht, und das ist hier nicht gemeint. Wie lange ein Warten dauern sollte, damit es noch als Einladung verstanden wird, hängt von den beiden Interaktionspartnern und vom Thema ab. Praktisch nie missverstanden wird eine Wartezeit von 3 Sekunden, z. B. nach einer Äußerung des Patienten, in der Hoffnung, dass er noch etwas hinzufügen

wird. Bei längeren Pausen hilft oft der Blick des Patienten: So lange er bei einer Pause im Erzählen seiner Geschichte wegschaut, denkt er wahrscheinlich nach, was er als Nächstes berichten wird. Wenn er den Blick zurück auf den Arzt lenkt, signalisiert er, dass er wieder in Kontakt ist und jetzt auf eine Reaktion wartet.

Bezogen auf das erste konkrete Ziel eines Arzt-Patient-Gesprächs, nämlich den Austausch von Informationen, dient Warten also dazu, den Patienten *seine eigene Geschichte* erzählen zu lassen, den Informationsfluss vom Patienten nicht durch eigene Fragen zu unterbrechen.

Wiederholen

Das Wiederholen (engl. *echoing*) hat einen stärker einladenden Charakter zur Fortsetzung eines Gesprächs als das Warten. Im folgenden Beispiel wird diese Technik verdeutlicht:

Patientin:	„... Na ja, und dann hat mein Mann gefunden, ich sollte doch mal mit Ihnen darüber reden, ob das vielleicht vom Herzen kommen könnte.“ Pat. 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.“

Spiegeln

Beim Spiegeln (engl. *mirroring*) greift die Ärztin etwas auf, was sie von der Patientin wahrgenommen oder verstanden hat. Im Spiegel erscheint nur etwas, was bereits da ist. Das Beispiel der Patientin, die sich Sorgen um eine etwaige Herzerkrankung macht, mündet in ein Spiegeln auf Emotion ein:

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.“
Ärztin:	„Und jetzt machen Sie sich auch Sorgen, dass es bei Ihnen etwas Ernsthaftes sein könnte ...?“ [Spiegeln auf Emotion; Benennen der Emotion]

Hier benennt die Ärztin eine Stimmung der Patientin mit dem Ziel, weitere Informationen von der Patientin zu erhalten. Gleichzeitig erreicht sie, dass die Patientin das Bemühen der Ärztin um ein Verständnis ihrer Situation zur Kenntnis nimmt, das über das Ansammeln faktischer Informationen hinausgeht; diese Ärztin interessiert sich für mehr als nur die schmerzfreie Gehstrecke.

Typische Einleitungen für eigentliches **Spiegeln auf Emotionen** sind:

Ärztin:	„Sie wirken auf mich im Moment ...“ „Ich habe den Eindruck, dass Sie ...“ „Könnte es sein, dass Sie ...“
---------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Diese Beispiele machen eines deutlich: Das Benennen einer Emotion sollte als Vorschlag erfolgen, den die Patientin korrigieren oder aber aufgreifen und unter Umständen begründen kann. So eingesetzt, ist auch das Spiegeln eine Technik, die den Spielraum des Patienten, innerhalb dessen er sich entfalten und seine eigene Geschichte erzählen kann, erweitert. Eine affirmative Behauptung (Arzt: „Sie sind jetzt sehr in Sorge!“) hat abschließenden und nicht einladenden Charakter. Eine typische Fortsetzung im obigen Beispiel lautet:

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 noch mal richtig Glück hatte.“
Ärztin:	„Na, da kann ich gut verstehen, dass Sie sich Sorgen machen.“ [Verständnis zeigen für Emotionen]

Man kann auch **Spiegeln auf den Inhalt** des Gesagten, dann entspricht das Spiegeln auf Inhalt einer Zusammenfassung auf hohem Abstraktionsniveau, d. h. weit weg von den einzelnen Tatsachen (s. unten).

Patient:	„Ich hab’ da in letzter Zeit so ein Schwächegefühl im Oberschenkel, vor allem im Liegen. Und dann gibt’s öfter mal so ein Kribbeln, das hat zuerst in den Fußsohlen angefangen und ein bisschen auch in den Händen und ist dann fast bis zum Ellbogen ‘raufgekrochen. <Pause> In der Firma gibt’s eine Umstellung, die wollen uns alle in ein Großraumbüro stecken, und ich kann bei dieser Unruhe nicht arbeiten. Das weiß ich, deswegen bin ich von meiner alten Arbeitsstelle weggegangen! Ich brauche die Arbeit aber, weil wir unseren Jüngsten in ein Internat geben müssen, mit dem klappt es in der Schule überhaupt nicht. Der ist jetzt 13, und wir haben ihn vor zwei Wochen im Krankenhaus abholen müssen, weil er eine Alkoholvergiftung hatte.“
----------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Ärztin:	„Ach Gott ... [Verstehen von Emotionen?] Da ist ja in letzter Zeit unglaublich viel zusammengekommen ...“ [Spiegeln auf Inhalt]
---------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Zusammenfassen

Mit dem Zusammenfassen dessen, was der Patient gesagt hat, findet ein eindeutiger Wechsel im Rederecht statt. Während das Warten das Rederecht beim Patienten belässt, das Wiederholen ihn ermutigt, es weiterhin wahrzunehmen und gelungenes Spiegeln sich sehr gut in die Erzähllinie des Patienten einpasst, fordert die Ärztin den Patienten beim Zusammenfassen auf, ihr zuzuhören. Von daher sollte die Ärztin das Zusammenfassen ankündigen und dann in eigenen Worten wiedergeben, was sie bisher verstanden hat. Sie hat dabei die Möglichkeit, sehr dicht an den einzelnen Angaben des Patienten zu bleiben oder aber auf höherem Abstraktionsniveau nur ein oder zwei Themen zu benennen, zu denen der Patient ausführliche Angaben geliefert hat (s. Beispiel oben). In diesem Fall entspricht das Zusammenfassen auf hohem Abstraktionsniveau dem Spiegeln auf Inhalt.

48-jähriger Patient:	„Ich habe in letzter Zeit Probleme mit dem Wasserlassen. Ich muss manchmal unglaublich dringend, und dann geht auch schon mal was daneben. Da kommt dann nicht so wahnsinnig viel, aber ich trage in letzter Zeit lieber dunkle Hosen, damit man das nicht so sieht.“ <Pause> „Ich habe mir überlegt, eigentlich bin ich für die Prostata noch ein bisschen zu jung, außerdem kommt der Urin auch noch im Strahl, und das war ja bei meinem Vater ganz anders. Er ist an einem Prostatakarzinom gestorben, aber da war er ja schon älter.“
Arzt:	„Herr B., ich würde gerne eben zusammenfassen, was ich bisher von Ihnen gehört habe.“ PAUSE [Jetzt wartet der Arzt darauf, ob der Patient durch seinen Blick oder durch ein Nicken signalisiert, dass er den Wechsel im Rederecht verstanden hat; wenn dies nicht der Fall ist, redet er womöglich weiter oder unterbricht den Arzt bei seiner Zusammenfassung].
Arzt:	„Sie haben also Probleme mit dem Wasserlassen. Sie haben dann oft einen enormen Harndrang; es kommt aber dann nicht so schrecklich viel raus, aber es passiert manchmal, dass Sie sich in die Hose machen. Und dann haben Sie sich anscheinend überlegt, ob das wohl von der Prostata kommen könnte, weil ihr Vater am Prostatakarzinom gestorben ist, sind aber zum Schluss gekommen, dass das bei Ihnen sehr unwahrscheinlich ist, weil der Urin noch im Strahl rauskommt und weil sie mit 48 eigentlich noch zu jung sind ...?“

Patient:	„Ja... [die Zusammenfassung des Arztes war korrekt, es entsteht kein Korrekturbedarf durch den Patienten]. Ich frag mich auch, woher das kommt. Ob das wohl die Nerven sind? Ich habe in letzter Zeit ziemlich viel Stress, wir haben eine neue Chefin, und die mischt den Laden ordentlich auf.“
----------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

In diesem Beispiel hat der Arzt alle Angaben des Patienten, die seine Stressinkontinenz betreffen, in der Zusammenfassung korrekt und vollständig aufgeführt; der Patient hätte jetzt die Gelegenheit gehabt, ihn bei allfälligen Missverständnissen zu korrigieren oder aber seine Ausführungen um andere Beobachtungen zu ergänzen. Offenkundig war er aber mit diesem Abschnitt der Anamnese und dem Verständnis des Arztes zufrieden und führt ein neues Thema ein, seine Belastung am Arbeitsplatz. An diesem Beispiel wird deutlich, dass das Zusammenfassen tatsächlich der gegenseitigen Qualitätskontrolle dient: Der Arzt überprüft, ob er den Patienten korrekt verstanden hat und bietet dem Patienten eine Korrekturmöglichkeit; der Patient hat die Möglichkeit zu überprüfen, ob er wirklich alles, was ihm wichtig dünkt, mitgeteilt hat.

Umgehen mit Emotionen: Das NURSE-Modell

In der amerikanischen Literatur hat sich als Akronym für die Kommunikationstechniken, die beim Umgehen mit emotionalen Äußerungen wesentlich sind, das Akronym NURSE etabliert (Back et al. 2007). Die Buchstaben stehen für:

Naming:	Emotionen benennen
Understanding:	Wenn möglich, Verständnis für die Emotionen ausdrücken
Respecting:	Respekt oder Anerkennung für den Patienten artikulieren
Supporting:	Dem Patienten Unterstützung anbieten
Exploring:	Weitere Aspekte zur Emotion herausfinden

NURSE wird nicht jedes Mal komplett von oben nach unten durchlaufen, wenn ein Patient Emotionen zeigt. Es bietet ein Set von möglichen Reaktionen, die beim Umgang mit Emotionen hilfreich sind. Nur für das **Verständnis für eine Emotion** gilt eine bestimmte Reihenfolge: Man sollte nur dann sein Verständnis äußern, wenn Arzt und Patient sich darin einig sind, welche emotionale Qualität im Moment vorherrscht.

Emotionen sind oft unmittelbar erkennbar, sie werden entweder benannt („Ich habe Angst!“), oder sie werden körperlich ausgedrückt, indem die Patientin weint, indem sich die Stimme verändert, die Anspannung im Körper ansteigt oder senkt oder indem sich die Sitzposition verändert. Genauso ist es möglich, dass die emotionale Ebene dadurch dem Untersucher bewusst wird, dass eine an sich zu erwartende emotionale Reaktion ganz offenkundig ausbleibt, wie in folgendem Dialogbeispiel:

Arzt:	„Es tut mir leid, Ihnen sagen zu müssen, dass wir bei der Biopsie bösartige Zellen gefunden haben. Das heißt, Sie haben Krebs!“
Patient:	„Okay. Wann fangen wir mit der Therapie an?“

Auch in diesem Beispiel geschieht etwas auf der emotionalen Ebene: Es bleibt ein emotionales Loch, und dieses könnte der Arzt aufgreifen, indem er z. B. sagt:

Arzt:	„Mein Gott, Sie nehmen das ja unglaublich gelassen ...“
-------	---------------------------------------------------------

Hier wäre sehr gut vorstellbar, dass das Benennen der Emotion, das wir weiter oben als Spiegeln auf Emotionen bereits kennen gelernt haben, den Patienten dazu veranlasst zu erklären, warum er die Diagnose anscheinend so gelassen entgegennimmt. Sobald er dies tut, nutzt er den Raum, den der Arzt ihm zur Verfügung gestellt hat und in diesem Sinne ist das Benennen der Emotion oder aber auch das Benennen der fehlenden Emotion eine typische patientenzentrierte Kommunikationstechnik.

Emotionen benennen (*Naming emotion*) = Spiegeln auf Emotionen

Der wichtigste Punkt ist, dass Emotionen im Sinne eines Vorschlags benannt werden. Das hat neben der bereits oben dargestellten Absicht, den Raum offen zu halten, einen zweiten Grund: Es ist oft schwierig, die Stimmungslage eines fremden Menschen zutreffend einzuschätzen. Von daher sollte der Patient die Möglichkeit haben, die emotionale Qualität, die ihm vom Arzt zugeschrieben wird, in seinem Sinne zu korrigieren.

Emotionen verstehen (*Understanding emotion*)

Das floskelhafte Verstehen wirkt gekünstelt und im schlimmsten Fall verlogen. Damit es eine Verbindung herstellt zwischen Ärztin und Patientin, muss es sozusagen von Herzen kommen. Die folgenden Beispiele zeigen unterschiedliche Abstufungen im Verständnis für die Emotion einer Patientin.

Patientin:	„Ich habe bei diesen Kontrollen jedes Mal Angst, dass sie wieder was vom Tumor finden.“ [Emotion benennen erfolgt durch die Patientin]
Ärztin:	„Das kann ich sehr gut verstehen.“

Deutlich schwieriger fällt es der Ambulanzärztin, die die Ehefrau eines Alkoholikers seit einem Jahr betreut und mit ihr zusammen alle Möglichkeiten des sozialen und therapeutischen Umgangs mit einem alkoholabhängigen und gewalttätigen Ehemann und Vater durchexerziert hat (Kontaktverbot für den Ehemann, Schloss auswechseln in der Wohnung, Wegweisung durch die Polizei etc.). Als die Patientin mit einem blauen Auge in der Sprechstunde auftaucht, entwickelt sich folgender Dialog: