

Kommunikative Aspekte im klinischen Alltag

Stand 6. Dezember 2024

Von: Wolf Langewitz, Fritz Stiefel

Inhaltsverzeichnis

1.	Einleitung	3
2.	Grundlegende Schwierigkeiten bei der Schulung in professioneller Gesprächsführung	3
3.	Haltung und Fertigkeiten	3
4.	Standardisierung versus Flexibilität	4
5.	Kommunikation und ethische Überlegungen	4
6.	Der Übergang von der Vermittlung von Standards zur Entwicklung einer flexiblen Kommunikationskultur	5
7.	Bestandteile einer professionellen Gesprächsführung	5
7.1	Aufmerksames Zuhören (attentive listening)	5
7.1.1	Umsetzung des Lernziels aufmerksames Zuhören in Schulungen	6
7.2	Explizites Strukturieren, gemeinsames Festlegen der Agenda (setting the agenda)	6
7.2.1	Umsetzung in Schulungen und im klinischen Alltag	7
7.3	Vermitteln von komplexen Informationen	7
7.3.1	Umsetzung in Schulungen und im klinischen Alltag	8
7.4	Gemeinsame Entscheidungsfindung – Shared Decision Making	9
7.4.1	Umsetzung in Schulungen und im klinischen Alltag	9
7.5	Aufgreifen von Gefühlen	10
7.5.1	Umsetzungen in Schulungen und im klinischen Alltag	10
7.6	Motivierende Gesprächsführung	12
7.6.1	Umsetzung in Schulungen und im klinischen Alltag	13
7.7	Mitteilen belastender Neuigkeiten	13
7.7.1	Umsetzungen in Schulungen und im klinischen Alltag	14
8.	Schnittstelle mit anderen Mandaten	14
8.1	Schnittstelle mit dem Mandat «klinische Ethik»	15
8.2	Schnittstelle mit dem Mandat «Patientensicherheit»	15
9.	Eine erste Formalisierung einer zeitnahen Implementierung	16
10.	Anhang	17

10.1	Anhang 1: Abdruck aus den Leitlinien Kommunikation der Ärztekammer Nordrhein, 2. Auflage 2023	17
10.1.1	Festlegen von Zeitgrenzen und Themen, explizites Klären der Agenda	17
10.1.2	WWSZ-Techniken	17
10.1.3	Umgang mit Emotionen – das NURSE-Modell	18
10.1.4	Vermitteln von Informationen	19

1. Einleitung

Aufgabe der Arbeitsgruppe ist es, verbindliche Lerninhalte im Bereich der ärztlichen Kommunikation mit Betroffenen und Angehörigen zu formulieren. Wir gehen davon aus, dass Studierende aus der Schweiz und aus den meisten deutschen medizinischen Fakultäten das 1x1 der professionellen Kommunikation im Studium kennengelernt und ihre Fähigkeiten in Prüfungen unter Beweis gestellt haben. Um es mit einer Küchenmetapher zu sagen: Berufsanfängerinnen und -anfänger haben die grundlegenden Rezepte kennengelernt und in der Praxis ausprobiert, in der Weiterbildung geht es darum, einen persönlichen Geschmack zu entwickeln, also durch die Reflexion der eigenen Praxis und durch vertiefendes Üben herauszufinden, wie man sich auf ein Gegenüber einstellen kann, was einem leicht fällt und woran man arbeiten möchte. Wir sehen nicht, dass es unsere Aufgabe ist, ein Repetitorium der Arzt-Patient-Kommunikation zu verfassen, sondern beschränken uns ausdrücklich auf die Weiterbildungszeit. Da allerdings nicht alle Kolleginnen und Kollegen, die in der Weiterbildung Verantwortung tragen, diese Inhalte im Studium kennengelernt haben, findet sich im Anhang des Berichtes eine Kurzfassung der entsprechenden Lernziele, wie wir sie in einem Bericht für die SAMW zusammengestellt haben und wie sie in einem aktuellen Leitfaden, unterlegt mit vielen Video-Beispielen im Netz abrufbar sind.

Zudem hat die Arbeitsgruppe die Aufgabe, Vorschläge zu entwickeln, wie Fähigkeiten in diesem Bereich flächendeckend zu vermitteln sind. Fortschritte in diesen Kompetenzen sollten messbar sein, um den Erfolg entsprechender Schulungen abzubilden. Im Folgenden findet sich eine Liste der Elemente professioneller kommunikativer Kompetenzen, die fächer-übergreifend gültig sind. Die Konkretisierung an Fach-spezifischen Fällen ist eine Aufgabe der entsprechenden Fachgesellschaften, die festlegen, in welchen Situationen sich kommunikative Herausforderungen stellen. Erst dann, bei der Anwendung in konkreten Problemstellungen, ist es sinnvoll, über die generischen Qualitäten einer professionellen Gesprächsführung hinaus detailliert festzulegen, was z.B. in einer Prämedikationsvisite in nützlicher Zeit wie zu besprechen wäre. Das in diesem Bericht gesagte gilt cum grano salis auch für die interprofessionelle und die kollegiale Kommunikation: Ziel ist ein respektvolles Miteinander aus der Gewissheit heraus, dass unterschiedliche Personen, unabhängig von ihrer beruflichen Qualifikation, unterschiedliche Ansichten entwickeln, die es zur Kenntnis zu nehmen gilt, getreu dem Motto der Patienten-zentrierten Gesprächsführung: Invite the other's perspective.

Unsere Vorschläge basieren zum einen auf der aktuellen Literatur¹, (z.B.;²) und zum anderen auf mehr als 25 Jahren Erfahrung in der Lehre und Supervision von Studierenden und Kolleginnen und Kollegen im Bereich der Vermittlung von Kompetenzen in ärztlicher Kommunikation.

2. Grundlegende Schwierigkeiten bei der Schulung in professioneller Gesprächsführung

Es gilt, mit zwei grundlegenden Dilemmata umzugehen:

- Eine Balance finden zwischen Haltung und Fertigkeiten
- Eine Balance finden zwischen der Vermittlung gut definierter Fertigkeiten ('Standards') und der Notwendigkeit, ggfs. davon abzuweichen, um den Bedürfnissen einer einzelnen Person gerecht zu werden.

3. Haltung und Fertigkeiten

Typische Kommunikationstrainings vermitteln in erster Linie konkrete Fertigkeiten wie z.B. 'Aufmerksames Schweigen', 'Spiegeln', 'Benennen von Emotionen' etc. Das Risiko solcher 'Trainings' besteht

¹ Stiefel F, Bourquin C, Salmon P et al.: Communication and support of patients and caregivers in chronic cancer care: ESMO practice guideline. ESMO open 2024

² Langewitz W: Patienten-zentrierte Kommunikation. Swiss Medical Forum 2023; 888-892

darin, dass Lernende *schematisch* Techniken abarbeiten, die im Einzelfall wenig zielführend und im schlimmsten Fall verletzend sind³. Auf der anderen Seite kann aus Expertensicht ungeeignete Kommunikation bei Betroffenen durchaus positiv aufgenommen werden, wenn sie den Eindruck haben, die Ärztin oder der Arzt haben ein Interesse an Ihnen ('She cares about me')^{4;5;6}. Zusammenfassend lässt sich sagen: Eine offene und interessierte Haltung der Fachperson gleicht Defizite in der Anwendung konkreter Kommunikationstechniken aus; kompetenter Einsatz von Kommunikations-Techniken ist ohne eine entsprechende innere Einstellung langfristig nicht sinnvoll. Dennoch profitieren Ärztinnen und Ärzte am Anfang ihres Berufslebens wahrscheinlich zunächst von der Vermittlung resp. Repetition konkreter 'Techniken', weil sie ihnen Möglichkeiten aufzeigt, sich in einer konkreten Situation zu verhalten, und ihnen dadurch die Angst in der Begegnung mit Patienten nimmt, womöglich etwas falsch zu machen. Die Angst vor Fehlern führt zu einer defensiven Haltung (Nichts falsch machen als oberstes Ziel), die die Ärztinnen und Ärzte daran hindert, offen zu sein für die Bedürfnisse von Betroffenen – sie sind vor allem mit sich selbst beschäftigt.

4. Standardisierung versus Flexibilität

Die Empfehlungen von Kommunikationsexpertinnen und -experten basieren häufig auf den Ergebnissen empirischer Arbeiten, in denen sich nachweisen liess, dass in einem standardisierten Setting Kommunikationstechnik A erfolgreicher war als Kommunikationstechnik B. Diese empirischen Arbeiten waren sicherlich wichtig, um die klinische Kommunikation aus dem Ghetto der rein subjektiven Vorlieben zu befreien. Dennoch sind sie problematisch, wenn ihre Erkenntnisse, die aus Gruppenvergleichen von Studienteilnehmerinnen und -teilnehmer gewonnen wurden, nicht an die jeweiligen Bedürfnisse einer Patientin oder eines Patienten angepasst werden. Die statistische Überlegenheit von Kommunikation A über Kommunikation B ist nicht gleichzusetzen mit der Behauptung, dass alle Individuen ähnliche Präferenzen haben.

5. Kommunikation und ethische Überlegungen

Der Wunsch, über das reine Vermitteln von Kommunikations-Fertigkeiten (skills) hinauszugehen und um grundlegende Fragen nach den Besonderheiten einer professionellen Beziehung im Gesundheitswesen zu ergänzen, lässt sich treffend mit dem Text begründen, den Peter Salmon⁷ seiner Monographie zu **Clinical Communication: An Introduction to Patient Vulnerability, Dependence and Partnership** vorangestellt hat (Cambridge Elements, in press):

Good communication is necessary for good clinical care, but defining good communication has been surprisingly difficult and controversial. Many current ideas that identify good communication with certain communication behaviours, or 'skills', were ethically inspired to help doctors see beyond disease to the whole patient. However, promoting specific behaviours is problematic because communication is contextually dependent. In recent decades, observational research into practitioner-patient relationships has begun to provide a scientific basis for the field, identifying patients' vulnerability and practitioners' authority as defining features of fundamentally asymmetric clinical relationships. Future educators can learn from research that explores the judgments that experienced practitioners make when they manage communication dilemmas arising from this asymmetry. In future, instead of the current emphasis on teaching communication behaviours, educators could provide practitioners with

³ Ahmed H. "The Role of Role Play for a Medical Student": Pre- and Postclerkship Experiences in Palliative Care Education. *J Palliat Med.* 2018 Feb;21(2):259-260. doi: 10.1089/jpm.2017.0345. Epub 2017 Aug 16. PMID: 28813615

⁴ Young B et al.: Examining the validity of the unitary theory of clinical communication. *PEC* 2011; 85:60-67

⁵ Forsey M, Salmon P, Eden T, Young B. Comparing doctors' and nurses' accounts of how they provide emotional care for parents of children with acute lymphoblastic leukaemia. *Psychooncology.* 2013 Feb;22(2):260-7. doi: 10.1002/pon.2084. Epub 2011 Oct 4. PMID: 21976310

⁶ Swenson SL, Zettler P, Lo B. 'She gave it her best shot right away': patient experiences of biomedical and patient-centered communication. *Patient Educ Couns.* 2006 May;61(2):200-11. doi: 10.1016/j.pec.2005.02.019. Epub 2005 Sep 8. PMID: 16154311

⁷ Salmon P: *Clinical Communication: An Introduction to Patient Vulnerability, Dependence and Partnership*. Cambridge Elements 2024, in press

knowledge about relationships to inform their judgments, while addressing the attitudes and values that motivate and guide them.

Dieser Text zeigt, wie eng ethische Überlegungen und Themen der Kommunikation miteinander verzahnt sind – beide beschäftigen sich mit dem Umgang von Menschen mit Menschen und versuchen eine Antwort zu finden auf die Frage, was denn in diesem Kontext eine «gute Beziehung» ausmacht.

6. Der Übergang von der Vermittlung von Standards zur Entwicklung einer flexiblen Kommunikationskultur

Aus dem bisher Gesagten wird deutlich, dass sich kommunikative Kompetenz nicht auf das Auswendiglernen von Standards und ihre Anwendung reduzieren lässt. Dennoch: Gerade in der Fort- und Weiterbildung von Ärztinnen und Ärzten in den ersten Jahren ihrer Laufbahn wird man nicht umhinkommen, einen Standard-Set an konkreten Fertigkeiten zu vermitteln und vor allem zu üben.

Die darüberhinausgehende Hoffnung ist, dass eine Kommunikation, die die Patientin und den Patienten einlädt, ihre oder seine Position einzubringen, der Fachperson die Chance eröffnet, die individuelle Situation der betroffenen Person kennenzulernen. Patienten-zentrierte Kommunikation bringt die Patientin oder den Patienten als «Lehrperson» ins Spiel, Betroffene werden ernst genommen als Expertinnen und Experten für die eigene Lebenssituation, sie können am ehesten vermitteln, wie sie konkret mit einer Anforderungssituation umgehen.

7. Bestandteile einer professionellen Gesprächsführung

Eine ausführlichere Darstellung einzelner Schulungsinhalte, wie sie in der Ausbildung vermittelt werden, findet sich am Ende dieses Berichtes. Hier sind die wesentlichen Elemente, auf die in der Weiterbildung fokussiert werden sollten, aufgeführt.

7.1 Aufmerksames Zuhören (attentive listening^{8 9})

Aufmerksames Zuhören ist das zentrale Element einer professionellen Kommunikation und gleichzeitig eines der am schwersten umzusetzenden. Gerade weniger erfahrene Ärztinnen und Ärzte fokussieren primär auf die Identifikation und wenn möglich die Lösung eines medizinischen Problems¹⁰, sie werden von den meisten Supervisorinnen und -visoren und Rollenmodellen nicht ermutigt, sich mit den besonderen Eigenschaften der einzelnen Patientin oder des einzelnen Patienten zu beschäftigen, sondern aufgefordert, möglichst schnell möglichst konkret zu werden (Bsp. aus dem bedside teaching: «Ja, aber was hat der Patient jetzt?» Vs.: «Wenn Sie den Patienten beschreiben sollten, wie wirkt er auf Sie, was wünscht er für sich und wie erlebt er die Situation?»). Unbestritten ist, dass Priorisierung auf das führende Symptom unabdingbar ist in Situationen, die schnelles Handeln erfordern, aber nicht zwingend, wenn man sich Zeit nehmen kann und sollte, wie bei der Frage, wie jemand mit einer chronischen Erkrankung umgeht oder mit schwierigen psychosozialen Situationen oder bei der Verarbeitung unerwarteter und belastender Neuigkeiten. Das Problem für jüngere Kolle-

⁸ Boudreau JD, Cassell E, Fuks A. Preparing medical students to become attentive listeners. *Med Teach.* 2009 Jan;31(1):22-9. doi: 10.1080/01421590802350776. PMID: 19140065.

⁹ Del Río-Lanza AB, Suárez-Álvarez L, Suárez-Vázquez A, Vázquez-Casielles R. Information provision and attentive listening as determinants of patient perceptions of shared decision-making around chronic illnesses. *Springerplus.* 2016 Aug 22;5(1):1386. doi: 10.1186/s40064-016-3086-4. PMID: 27610305; PMCID: PMC4993719.

¹⁰ Aper L, Veldhuijzen W, Dornan T, van de Ridder M, Koole S, Derese A, Reniers J. "Should I prioritize medical problem solving or attentive listening?": the dilemmas and challenges that medical students experience when learning to conduct consultations. *Patient Educ Couns.* 2015 Jan;98(1):77-84. doi: 10.1016/j.pec.2014.09.016. Epub 2014 Oct 5. PMID: 25448312.

ginnen und Kollegen ergibt sich daraus, dass sie genau diese Einordnung aufgrund fehlender klinischer Erfahrung nicht vornehmen können, sie sind froh, wenn sie die wahrscheinlichste Diagnose benennen können und fokussieren lieber auf die Entwicklung von unmittelbar anwendbaren Lösungen.

7.1.1 Umsetzung des Lernziels aufmerksames Zuhören in Schulungen

Ziel einer Schulung muss sein, jüngeren Kolleginnen und Kollegen die Erfahrung zu vermitteln, dass sich Abwarten lohnt. Die erkenntnistheoretische Begründung für diese Zielvorgabe resultiert aus dem Unterschied zwischen Hypothesen-überprüfender und Hypothesen-generierender Kommunikation: Wer Fragen stellt, hat bestimmte Annahmen zu den Informationen, die jetzt sinnvoll zu erheben sind, um diagnostisch oder bei der Lösung eines Problems vorwärtszukommen. Phänomene, an die die Fachperson nicht gedacht hat, bleiben verborgen, weil sie gar nicht auf die Idee kommt, danach zu fragen. Aufmerksames Schweigen öffnet den Raum, den eine Patientin oder ein Patient nutzen kann, um etwas einzubringen, was nur sie wissen kann¹¹.

Es wird also darum gehen, Situationen in der Schulung anzubieten, in denen unerwartete Inhalte von Patientinnen und Patienten eingebracht werden, wenn man sie zu Wort kommen lässt. In Gesprächen mit standardisierten Falldarstellern lässt sich dieser Lernschritt deutlich machen – nur wer zuhört und der Patientin oder dem Patient Zeit lässt, wird erfahren, warum es ihr oder ihm z.B. so schwer fällt, das Verhalten zu ändern, sich für eine intensiviertere Insulintherapie oder eine konservative Behandlung von Gelenksbeschwerden zu entscheiden. Um eine solche Schulung in die Fläche zu tragen, müssen diese Gespräche mit standardisierten Falldarstellerinnen und -darsteller ins Internet verlegt werden, in dem sich Lernende und Falldarstellerinnen und -darsteller live begegnen. Die Problemfälle unterscheiden sich je nach Fachgebiet – daher sind die Fachgesellschaften gefordert, aus ihrem Arbeitsbereich prototypische Patientengeschichten auszuwählen, die dann in Handlungsanweisungen für Falldarsteller umgesetzt werden. Wir setzen dieses Modell seit 5 Jahren erfolgreich bei Studierenden in Basel um, bei erfahrenen Kolleginnen und Kollegen unterschiedlicher Fachrichtungen in Akut- und Reha-Kliniken¹² und auch bei Ärztinnen und Ärzten in Rwanda.

Schulungen müssen flankiert werden von den klinischen Lehrern in der Fort- und Weiterbildung. Sie können ihre Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter ermutigen, die Diagnostik um die individuellen Aspekte von Betroffenen zu erweitern und die Voraussetzung für eine erweiterte Diagnostik zu klären: «Wieviel Zeit haben wir in dieser Situation, ist unmittelbares Handeln nötig oder können wir abwarten, was die Patientin oder der Patient von sich aus zu sagen hat?»

7.2 Explizites Strukturieren, gemeinsames Festlegen der Agenda (setting the agenda)

Eine umfangreiche Literatur belegt den grossen Nutzen einer gemeinsamen initialen Klärung der Agenda für die nachfolgende Konsultation^{13, 14, 15, 16}. Initiales Klären der Punkte, die in der aktuellen Konsultation oder auf der Visite besprochen werden sollen, schützt vor überraschenden neuen Themen, die sonst oft erst am Ende der Konsultation aufgebracht werden, es hilft, Themen zu priorisieren

¹¹ Langewitz W: Arzt-Patient-Kommunikation. In: Kruse J, Langewitz W et al (Hrsg.): Uexküll – Psychosomatische Medizin. Elsevier München 2024, in press

¹² Scheel-Sailer, A., Eich, S., Jelmoni, L., Lampart, P., Schwitter, M., Sigrist-Nix, D., & Langewitz, W. (2022). Effect of an interprofessional small-group communication skills training incorporating critical incident approaches in an acute care and rehabilitation clinic specialized for spinal cord injury and disorder. *Frontiers in Rehabilitation Sciences*, 3, 883138.

¹³ Jeffrey D. Robinson & John Heritage (2015): How patients understand physicians' solicitations of additional concerns: implications for up-front agenda setting in primary care, *Health Communication*, DOI: 10.1080/10410236.2014.960060

¹⁴ Hood-Medland EA, White AEC, Kravitz RL, Henry SG. Agenda setting and visit openings in primary care visits involving patients taking opioids for chronic pain. *BMC Fam Pract*. 2021 Jan 4;22(1):4. doi: 10.1186/s12875-020-01317-4. PMID: 33397299; PMCID: PMC7780618.

¹⁵ Gobat N, Kinnerley P, Gregory JW, Robling M. What is agenda setting in the clinical encounter? Consensus from literature review and expert consultation. *Patient Educ Couns*. 2015 Jul;98(7):822-9. doi: 10.1016/j.pec.2015.03.024. Epub 2015 Apr 9. PMID: 25892504.

¹⁶ Siegrist V, Langewitz W, Mata R, Maiori D, Hertwig R, Bingisser R. The influence of information structuring and health literacy on recall and satisfaction in a simulated discharge communication. *Patient education and counseling*. 2018;101(12):2090-6. doi: 10.1016/j.pec.2018.08.008.

und mit dem Zeitbudget in Übereinstimmung zu bringen. Das *gemeinsame* Festlegen der Agenda bezieht die Patientin oder den Patienten von Anfang an in die Gestaltung der Konsultation ein und vermittelt ihm, dass er sich bereits initial einbringen kann, wenn er dies wünscht. Die Führung obliegt allerdings eindeutig der Fachperson: Wenn sie dringende Punkte (konkretes weiteres Vorgehen unter Zeitdruck, Umstellung der Medikation, neue Diagnostik, etc.) hat, die auf die Agenda kommen *müssen*, bleibt im Moment wenig Raum für Anliegen der Patientin oder des Patienten – diese müssen auf eine Folgekonsultation oder die Visite am nächsten Tag verschoben werden.

7.2.1 Umsetzung in Schulungen und im klinischen Alltag

Offenkundig ungewohnt ist die Idee, nicht sofort in ein Gespräch einzusteigen, sondern zunächst den Inhalt und den Rahmen des Gespräches gemeinsam mit der Patientin oder dem Patienten festzulegen. Neben der trivialen 'Fertigkeit', sich vor dem Gespräch eine Agenda zu überlegen und diese zu kommunizieren, haben Ärztinnen und Ärzte zu Beginn ihrer Laufbahn ein Identitätsproblem: billigen sie sich zu, ein Gespräch *ausdrücklich* 'zu führen' und diesen Führungsanspruch zu Beginn freundlich, aber eindeutig klarzustellen? Man kann diese ersten Schritte im Kontakt mit standardisierten Falldarstellern üben, die darauf geschult werden, auf eine explizite Agenda zu achten und auf die darauffolgende Pause, in der die Patientin oder der Patient sich zu der Agenda äussern und sie ggfs. ergänzen kann. Wichtiger sind bei diesem Lernziel allerdings die klinischen Supervisorinnen und -visoren in den Weiter- und Fortbildungsstellen, die vor allem bei der Gestaltung von Visiten das Aushandeln einer Agenda unterbinden oder unterstützen können. Allerdings zeigt die Erfahrung, dass sich klinischen Lehrerinnen und Lehrern der Sinn dieses Schulungszieles umso weniger erschliesst, je erfahrener sie sind. Dies ist aus ihrem Erleben heraus durchaus verständlich, denn sie werden selten unterbrochen, wenn sie ein Gespräch nach eigenem Gutdünken eröffnen. Wenn aus Patientensicht wesentliche Punkte nicht besprochen werden, ist es Sache der Assistentinnen und Assistenten und Oberärztinnen und -ärzten, eine Visite nach der Visite zu führen, was meist viel Zeit erfordert.

7.3 Vermitteln von komplexen Informationen

In typischen Arzt-Patient-Gesprächen in der nicht psychotherapeutischen Medizin geht es vor allem um den Austausch von Informationen; sie machen bis zu 90 % aller Äußerungen aus (Langewitz et al. 2009).

Ziel der Informationsvermittlung sind informierte Patientinnen und Patienten, die in der Lage sind, eine korrekte Einschätzung zu Diagnose, Art, Durchführung, Ziel, Nutzen und Risiken einer Intervention abzugeben. Zudem müssen sie informiert werden über Art, Risiken und Nutzen von Alternativen sowie über die Option, nichts zu tun.

Informationen erzeugen bei der Empfängerin oder beim Empfänger häufig Fragen, z. B. „Und was heißt das jetzt für mich?“ oder „Muss ich das jetzt mein Leben lang einnehmen?“. Diese Fragen steuern im Idealfall, wie viele Informationen in welcher Detailgenauigkeit jemand benötigt. Damit sich Fragen in der Patientin oder im Patienten entwickeln können, muss die Möglichkeit bestehen, Informationen zu verdauen. Dies ist der Grund für die Empfehlung, nach zwei bis drei Informationen Pausen einzustreuen und abzuwarten (Aufmerksames Schweigen, s.o.), ob sich Fragen ergeben oder nicht.

Strukturierte Vermittlung von Informationen hat einen positiven Einfluss auf das Behalten, vor allem bei Patientinnen und Patienten mit geringem medizinischem Vorwissen¹⁷. Als Gedächtnisstütze für die explizite Gliederung von Informationen haben wir den Begriff der *Buchmetapher*¹⁸ geprägt, um

¹⁷ Siegrist, V., Mata, R., Langewitz, W., Gerger, H., Furger, S., Hertwig, R., & Bingisser, R. (2021). Does information structuring improve recall of discharge information? A cluster randomized clinical trial. *Plos one*, 16(10), e0257656.

¹⁸ Langewitz, W., Ackermann, S., Heierle, A., Hertwig, R., Ghanim, L., & Bingisser, R. (2015). Improving patient recall of information: harnessing the power of structure. *Patient education and counseling*, 98(6), 716-721.

auf die Analogie der Wissensvermittlung von Büchern und in der mündlichen Form zu verweisen: Genau so, wie ein Buch seinen Inhalt in bestimmten Abschnitten präsentiert (Titel, Inhaltsverzeichnis, Kapitelüberschriften, Text, Anhang), sollte Information auch bei mündlicher Übermittlung gegliedert werden.

Zudem zeigt sich, dass Patientinnen und Patienten auf einer Notfallstation zufriedener mit solchen Ärztinnen und Ärzten sind, die nicht nur die Konsultation insgesamt, sondern auch die Informationen bei der Entlassung explizit strukturieren, sie erleben diese Fachpersonen als fachlich kompetenter.

Allerdings ist selbst mit einer klaren Gliederung die Menge an neuer Information, die ein Mensch überhaupt aufnehmen kann, endlich. Die **Cognitive Load Theory**¹⁹ fasst die Forschungsergebnisse in dem Befund zusammen, dass das Arbeitsgedächtnis mit sieben (\pm zwei) Informationen ausgelastet ist. Eine weitere Einschränkung ergibt sich dadurch, dass ein Mensch bestenfalls zwei bis vier Elemente gleichzeitig bei einer Entscheidung bedenken kann.

Fachpersonen überprüfen sehr selten, was Patientinnen und Patienten verstanden haben. Die am besten untersuchte, selten angewandte, aber sehr erfolgreiche Technik ist das „Teach-back“: Empfängerinnen und Empfänger einer Information vermitteln ihr Verständnis zurück an den Informanten²⁰. Dabei ist zu beachten, dass der Sinn dieses Vorgehens erläutert wird, und die Patientin oder der Patient dies nicht als eine „Prüfung“ erlebt.

7.3.1 Umsetzung in Schulungen und im klinischen Alltag

Das Lernziel Explizite Struktur lässt sich am einfachsten über die Schulung einer strukturierten Vermittlung von Informationen üben. Das Problem bei der praktischen Umsetzung entsteht regelhaft dadurch, dass Fachpersonen und Betroffene Mühe haben, den Unterschied zwischen inhaltlichen und strukturierenden Äusserungen zu erkennen und im Gespräch zu beachten. Beide neigen dazu, nach der Benennung eines Themas (z.B. ‚Was erwarten wir von dieser Untersuchung?‘) direkt in die inhaltliche Erläuterung einzusteigen (z.B. ‚Wir wüssten dann, was es mit diesem Rundherd auf sich hat, und könnten die weitere Diagnostik dann gezielt in Angriff nehmen‘). Explizite Struktur bedeutet aber, zunächst die Agenda einer Konsultation oder Visite, resp. die Liste der zu besprechenden Informationen offenzulegen und ggfs. zu verhandeln. Erst wenn darüber Einigkeit besteht, werden nacheinander die einzelnen Punkte mit Inhalt gefüllt. Letztlich ist dieses Vorgehen jedem Menschen vertraut, der jemals an einer Versammlung teilgenommen hat: Am Anfang steht die Verabschiedung der Traktandenliste, bevor die Punkte nacheinander abgearbeitet werden.

Sehr selten hat eine Fachperson spontan eine Struktur im Kopf, an der entlang sie das Gespräch führen will. Daher beginnt eine Übung damit, dass die Fachperson sich *vor dem Gespräch* überlegt, wie sie den Inhalt zu einem Thema gliedern will, z.B. bei einem Aufklärungsgespräch in a) Warum wollen wir das machen? b) Wie wollen wir das machen? c) Was kann dabei passieren? d) Was sind die möglichen Konsequenzen?

Ein solches Vorgehen ist wie gesagt den meisten Ärztinnen und Ärzten fremd, es ist aber Kolleginnen und Kollegen in der Praxis gut zu vermitteln, weil sie sehr schnell sehen, dass das initiale Klären der Agenda sie davor schützt, am Ende der Konsultation mit unerwarteten Themen konfrontiert zu werden – was ihr Zeitmanagement gefährdet.

¹⁹ Van Merriënboer, J. J., & Sweller, J. (2010). Cognitive load theory in health professional education: design principles and strategies. *Medical education*, 44(1), 85-93.

²⁰ Talevski, J., Wong Shee, A., Rasmussen, B., Kemp, G., & Beauchamp, A. (2020). Teach-back: A systematic review of implementation and impacts. *PloS one*, 15(4), e0231350.

7.4 Gemeinsame Entscheidungsfindung – Shared Decision Making

Dieses Thema gehört ‘zum guten Ton’ in Kommunikations-Curricula, obwohl viele Fragen zum Nutzen von Shared Decision Making (SDM), zur Akzeptanz bei Fachpersonen und bei Betroffenen offen sind, dies gilt auch für die unsichere Datenlage, wie SDM zu vermitteln wäre. Als Beispiel mag das Editorial von Arnstein Finset und Richard Street ²¹dienen, das einen Band von Patient Education and Counseling einleitet, in dem 8 Artikel zu SDM zusammengefasst sind:

Taken together, more research is needed to better understand barriers and facilitators to shared decision making in different patient groups and clinical settings. Weiter unten heisst es: Finally, future research should work beyond assessing feasibility/ acceptance of SDM interventions and immediate consultation outcomes (decision regret, patient satisfaction) to modeling pathways through which SDM could lead to improved outcomes. For example, in their systematic review of research on patient outcomes and SDM, Shay et al. similar to the conclusions reported by DeRosa et al. in this issue of PEC, concluded that patient perceptions of SDM are often associated with improved affective-cognitive outcomes (e.g., decision regret, satisfaction), but that evidence is lacking for the association between empirical measures of SDM and patient behavioural and health outcomes.

Angesichts dieser Datenlage ist das Vermitteln von spezifischen Kommunikationsstrategien, die dem Prozess der Gemeinsamen Entscheidungsfindung dienen, vor allem in einer deontologischen Ethik begründet, die Handeln oder eben auch eine Schulung als ‘ethisch geboten’ ansieht, nachgerade als Pflicht (to deion) definiert (s. Zitat unter ⁷). Das wesentliche ethische Prinzip, das hier zur Anwendung kommt, ist der Respekt vor der Autonomie der Patientin oder des Patienten ²². Die Patienten-Autonomie muss abgewogen werden mit der Verletzlichkeit von Betroffenen, die es ihnen erschweren könnte, als frei entscheidende Individuen an einer gemeinsamen Entscheidung mitzuwirken ²³.

7.4.1 Umsetzung in Schulungen und im klinischen Alltag

Plausibel ist ein Modell von Clayman M ²⁴, das die folgenden Elemente einer Konsultation definiert, in der SDM eingesetzt wird und in einer strukturierten Web-basierten Schulung eingesetzt werden kann:

- Ziel der Konsultation festlegen (entspr. Festlegen der Agenda)
- Notwendigkeit einer gemeinsamen Entscheidungsfindung mitteilen
- Vor- und Nachteile einer Intervention erklären, incl. der Möglichkeit, nichts zu machen
- Vorleben und Bedürfnisse kennenlernen
- Gemeinsame Entscheidung treffen oder verschieben
- Entscheidung umsetzen

Wirklich neu als kommunikative Fertigkeit ist eigentlich keiner dieser Punkte, da sie unter expliziter Struktur (Was wollen wir heute besprechen?) und unter Vermittlung von Informationen (zu möglichen Interventionen) subsumiert werden können.

Der vierte Punkt, Kennenlernen der Werte einer Patientin oder eines Patienten ist Ausdruck der wohlwollenden Neugierde, die Welt des anderen verstehen zu wollen und nicht zu glauben, man kennte sich aus.

Entscheidend ist einmal mehr die Haltung der Fachperson, die Betroffenen vermitteln sollte, dass ihre Beteiligung erwünscht und in manchen Fällen notwendig ist (z.B. bei Interventionen mit einem substanziellen Risiko). Die Haltung wird andererseits auch durch eigene Bedürfnisse der Klinikerinnen

²¹ Finset, A, Street Jr, R.: Shared decision making in medicine-improving but still a work in progress. *Patient Education and Counseling*, 2022, 105. S. 1055-1056.

²² Holzer, F., & Biller-Andorno, N. (2022). Gemeinsame Entscheidungsfindung als Imperativ der modernen Medizin?. *Therapeutische Umschau*, 79(8), 365-370.

²³ De Haes, H. (2006). Dilemmas in patient centeredness and shared decision making: a case for vulnerability. *Patient education and counseling*, 62(3), 291-298.

²⁴ Clayman ML, Scheibler F, Ruffer JU, et al: The Six Steps of SDM: linking theory to practice, measurement and implementation. *BMJ Evidence-Based Medicine* 2024;29:75-78

und Kliniker beeinflusst, die beispielsweise aufgrund von Angst die Grenzen der therapeutischen Möglichkeiten anzusprechen, den Akzent auf die noch möglichen (aber nicht unbedingt sinnvollen) Therapien lenken.

7.5 Aufgreifen von Gefühlen

Gefühle beeinflussen das Denken, das Erinnerungsvermögen, Motivation und die Entscheidungsfindung des Menschen; sie haben kommunikative Funktionen und sind wesentlich für das Erleben von Beziehung.

Gefühle sind bei ausreichender Intensität 'kontagiös': Enttäuschung, Mutlosigkeit, Ärger, Angst sind nicht auf die Person beschränkt, die sie gerade empfindet, sondern beeinflussen bei ausreichender Intensität die Atmosphäre im Raum. Wenn Gefühle also nicht im Inneren einer Person eingeschlossen sind, betreffen sie immer alle Personen, die sich in Interaktion befinden, meist in der Form, dass Betroffene zunächst ein Gefühl erleben und 'in den Raum abstrahlen' und darin, dass Fachpersonen, die sich auf eine Begegnung einlassen, am eigenen Leib eine Veränderung in der Atmosphäre spüren.²⁵

Fachpersonen und Betroffene können sich gegen Gefühle wappnen und weitgehend verhindern, dass sie von Gefühlen berührt werden. Das ist manchmal durchaus angebracht, und aus Sicht der Fachpersonen immer dann geboten, wenn etwas 'getan werden muss', also z.B. ein zentraler Zugang gelegt, eine schmerzhaft Untersuchung durchgeführt werden müssen. Auch Patientinnen und Patienten wappnen sich gegen Gefühle, wenn sie z.B. fürchten, ihre Handlungsfähigkeit zu verlieren – sie wollen ihre Fassung bewahren und nicht in Tränen ausbrechen oder davonlaufen.

7.5.1 Umsetzungen in Schulungen und im klinischen Alltag

Gerade beim Thema Umgang mit Gefühlen wird in Schulungen und Supervisionen oder auf begleiteten Visiten schnell ein Punkt erreicht, bei dem Kolleginnen und Kollegen eine ungewohnte Herangehensweise als Zumutung erleben. Das häufigste Argumente, das dann ins Feld geführt wird, ist das Argument, dass dieses Verhalten 'mir fremd ist'. Es entsteht also der Eindruck, hier ginge es um die Wahrung der Identität der eigenen Person, die tatsächlich in einer Schulung am Arbeitsplatz nicht in Frage gestellt werden sollte. Vielleicht ist es aber möglich, unterhalb des Niveaus der eigenen Identität über etwas zu reden, was sich flexibler handhaben ließe, und das leistet der Begriff der *Fassung*. Sie ist plausibel zu erklären, wenn man darüber nachdenkt, wie es möglich ist, dass viele Kaderärztinnen und -ärzte auf der Visite anders kommunizieren als in einer 1:1 Situation, z.B. in ihrer Sprechstunde. Wahrscheinlich besteht kein Zweifel daran, dass es sich um die gleiche (identische...) Ärztin oder den gleichen Arzt handelt, die mal so und mal so mit Patientinnen und Patienten oder Mitarbeitenden umgeht. Was sich verändert, ist nicht ihre Identität, sondern ihre Fassung, die ausdrückt, wer sie oder was sie sein möchte, wenn sie in dieser oder jener Funktion tätig ist.

Der Begriff der *Fassung*²⁶ beschreibt zunächst einmal ganz schlicht das, was wir verlieren, wenn wir die Fassung verlieren. Die Fassung stabilisiert die Person und gibt ihr Halt, z.B. in Momenten intensiver Gefühlsregungen. Komplette die Fassung zu verlieren, ist ein auch für Patientinnen und Patienten seltenes Ereignis, eher geht es darum zu merken, dass man 'an den Rand seiner Fassung' gerät und versucht, sie nicht zu verlieren. Für viele Fachpersonen ist die Angst vor einem Verlust der Fassung ein offen geäußertes oder nur unbewusst wirksamer Grund für eine abwehrende Haltung gegenüber Gefühlen²⁷.

²⁵ Bekannt ist dieses Phänomen des Abstrahlens von Gefühlen in den umgebenden Raum aus dem Song 'Love is in the air' (Paul Young, 1978), dessen Aussage den meisten Hörerinnen und Hörern plausibel erscheint

²⁶ Schmitz, H. (2011). *Der Leib*. Berlin: de Gruyter; S. 45 f

²⁷ Janssens KME, Sweerts C, Vingerhoets AJJM. The Physician's Tears: Experiences and Attitudes of Crying Among Physicians and Medical Interns. *J Clin Psychol Med Settings*. 2019 Dec;26(4):411-420

Aus dem bisher Gesagten folgt, dass ein professioneller Umgang mit Gefühlen zwei Ansatzpunkte haben muss:

- Eine grundsätzliche Bereitschaft, sich auf Gefühle von Betroffenen *und* auf die eigenen Empfindungen einzulassen
- Die Fähigkeit, die Empfänglichkeit für Gefühle so einstellen zu können, dass dem Bedürfnis von Patientinnen und Patienten, wahrgenommen zu werden und dem Wunsch der Fachperson, die eigene Fassung zu bewahren, Rechnung getragen wird.

Diese Ziele sind nur z.T. mit bestimmten Techniken zu erreichen; sie bedürfen aber mindestens genauso der Selbst-Reflexion der eigenen Befindlichkeit und der Möglichkeiten, die eigene Fassung flexibel oder rigide zu gestalten²⁸.

Sobald wir davon ausgehen, dass der Umgang mit intensiven Gefühlen alle Beteiligten betrifft, ist klar, dass der *Zeitfaktor* eine entscheidende Rolle spielt: nicht nur Betroffenen brauchen Zeit, um ihre Fassung zu bewahren, sondern genauso sollten auch Fachpersonen sich die Zeit nehmen, auf die eigene Betroffenheit zu reagieren und die Fassung zurückzuerlangen.

Die publizierten Empfehlungen fokussieren praktisch ausschliesslich auf den Umgang mit Gefühlen der Betroffenen, die Gefühle der Fachperson werden getrennt davon unter Aspekten wie Selbstfürsorge oder life-work-balance abgehandelt.

Das am weitesten eingesetzte Modell ist das NURSE-Modell²⁹, das Studierenden in extenso vermittelt und erst in neueren Arbeiten als nicht ausreichend beschrieben wird³⁰ (s. Anhang).

Was die Techniken betrifft, die im Umgang mit Gefühlen sinnvoll sind, sind die 'To-Do's sehr viel schwerer zu formulieren als die 'Not-To-Do's: Gefühle schlicht zu ignorieren oder sie mit vorschnellem Trost aus der Welt schaffen zu wollen, ist selten sinnvoll und für Betroffene frustrierend.

Die 'To-Do's hängen sehr weitgehend davon ab, wie eine Person mit eigenen Gefühlen umgeht: wer vor Gefühlen Angst hat und sie möglichst auf Distanz hält, wird sich schwer tun, Gefühle anderer aufzunehmen oder anzusprechen. Zudem sind Gefühle selten eindeutig, häufiger liegt etwas in der Luft, prägt die Atmosphäre, die eine gewisse Tönung aufweist, aber nicht eindeutig einem Gefühl wie Angst oder Enttäuschung zuzuordnen ist. Möglich ist auch, dass nur der vage Eindruck von 'etwas stimmt nicht' am eigenen Leib durch die Fachperson wahrgenommen wird, die Patientin oder der Patient aber selbst keine eindeutigen Hinweise auf ihre Gefühlslage anbieten.

Die Empfehlung des **Naming Emotion**³¹ ist also eine zwiespältige und komplexe Technik, die einen Fokus auf verbale Äusserungen legt, die im klinischen Alltag seltener sind als non-verbale Hinweise darauf, dass eine Stimmung aufgenommen wurde (subtile Änderungen in der Stimmlage, der Sprachmelodie, in der Mimik und der Haltung). Für die verbalen Reaktionen auf Stimmungen oder Gefühle werden im Folgenden einige Beispiele gegeben:

- Kontext-Faktoren machen das Vorliegen eines bestimmten Gefühls wahrscheinlich, der Redefluss der Patientin oder des Patienten stockt, die Fachperson möchte das Gespräch fortsetzen und äussert eine Vermutung: «So wie ich Sie erlebe, scheinen Sie sehr bedrückt zu sein...?»

²⁸ Wolf Langewitz: Ärztliche Haltung. Was ist das und wie kann man es erreichen? Heft 27, Rostock 2017, 14 Seiten, ISBN 978-3-86009-388-7

²⁹ Back AL, Arnold RM, Baile WF, Tulskey JA, Fryer-Edwards K. Approaching difficult communication tasks in oncology. *CA Cancer J Clin* 2005;55:164–177. <https://doi.org/10.3322/canjclin.55.3.164>.

³⁰ Childers, J. W., Bulls, H., & Arnold, R. (2023). Beyond the NURSE acronym: the functions of empathy in serious illness conversations. *Journal of pain and symptom management*, 65(4), e375–e379.

³¹ Curtis J.R., Treece P.D., Nielsen E.L. et al. Randomized trial of communication facilitators to reduce family distress and intensity of end-of-life care. *Am J Respir Crit Care Med*. 2016; 193: 2. 154–162

- Die Zuordnung der Stimmung zu einem Gespräch ist nicht möglich, aber es 'liegt etwas in der Luft': «Ich bin nicht sicher, wie es Ihnen im Moment geht, aber ich habe den Eindruck, etwas stimmt nicht...?»
- Die Fachperson nimmt bei sich eine Veränderung in der eigenen Stimmung wahr und bietet diese Wahrnehmung dem Betroffenen an: «Wenn ich Ihnen zuhöre, merke ich, dass ich angespannt werde und das Bedürfnis habe, tief Luft zu holen und das Fenster zu öffnen. Es wird mir eng ums Herz. Geht es Ihnen ein bisschen auch so?»

Gerade im Bereich des Umgangs mit Gefühlen in einer Konsultation halten sich mehrere Mythen hartnäckig, z.B. dass das Aufgreifen von indirekten Hinweisen auf Gefühle in der Rede von Betroffenen immer angemessen und richtig sei^{32 33}. Daher sollte eine Schulung zunächst einmal Wissen vermitteln und das Verständnis von Gefühlen und ihrer Bedeutung für eine gelungene Konsultation erweitern. Dies könnte in Form eines Webinars realisiert werden, auch E-Learning Formate sind bereits im Einsatz und könnten so modifiziert werden, dass sie nicht nur für Studierende, sondern auch für Assistentinnen und Assistenten in Weiterbildung nützlich sind.

Die interpersonelle Natur des Umgangs mit Gefühlen schliesst allerdings das Wahrnehmen eigener Gefühle ein und benötigt zu seiner Wahrnehmung ein Eintauchen und Reflektieren von emotionalen Atmosphären und das Wahrnehmen von Gefühlen am eigenen Leib. Dieses Lernziel müsste interaktiv vermittelt werden – ob dies auch über eine Internet-vermittelte Form des Austausches und Erlebens möglich ist, muss untersucht werden. Momentan gibt es dazu keine empirisch gesicherten Aussagen. Am Beispiel der Vermittlung problematischer Informationen (z.B. Breaking Bad News) hat sich aber zeigen lassen, dass 1:1 Kontakte mit standardisierten Falldarstellerinnen machbar und sinnvoll sind.

7.6 Motivierende Gesprächsführung

Viele Patientinnen und Patienten sind chronisch krank; häufig müssen sie ihre Lebensweise umstellen, komplexe Therapien durchführen oder sich mit Einschränkungen arrangieren. Motivierende Gesprächsführung bietet Fachpersonen Hilfestellung an, wenn sie Betroffene dazu bringen wollen, ihr Verhalten zu ändern.³⁴³⁵

Motivational Interviewing (MI) ist eine Mischung aus einer Haltung und einem Set von bestimmten Techniken. Sie basiert auf der Annahme, dass die meisten Menschen die Fähigkeit zur Veränderung in sich tragen – auch wenn es manchmal sehr viel Geduld braucht, um diese Fähigkeit in der Realität umzusetzen.

Die *Haltungs-Komponente* entspricht dem, was unter der Überschrift 'Aufmerksames Zuhören' vermittelt wurde: Sind Fachpersonen daran interessiert zu verstehen, warum Betroffene sich anders verhalten, als wir es uns wünschen. Dabei wird die nicht-wertende Offenheit häufig strapaziert, wenn Betroffene Erklärungen äussern, die für eine Fachperson schwer verständlich sind.

Bei den *umschriebenen Techniken* geht es zunächst darum zu erkennen, wo auf dem Weg zu einer Verhaltensänderung eine Patientin oder ein Patient aktuell stehen; diese Einordnung basiert auf dem Process of Change Modell, demzufolge Menschen ihr Verhalten in bestimmten Schritten ändern: sehen sie das Problem noch nicht (Pre-Contemplation), sehen sie zwar das Problem, wollen aber noch

³² Easter DW, Beach W. Competent patient care is dependent upon attending to empathic opportunities presented during interview sessions. *Curr Surg* 2004; 61:313–

³³ Del Piccolo L. VR-CoDES and patient-centeredness. The intersection points between a measure and a concept. *Patient Educ Couns*. 2017 Nov;100(11):2135-2137. doi: 10.1016/j.pec.2017.05.007. Epub 2017 May 5. PMID: 28610822.

³⁴ Gagneur, A., Gutnick, D., Berthiaume, P., Diana, A., Rollnick, S., & Saha, P. (2024). From vaccine hesitancy to vaccine motivation: A motivational interviewing based approach to vaccine counselling. *Human Vaccines & Immunotherapeutics*, 20(1). <https://doi.org/10.1080/21645515.2024.2391625>

³⁵ Xinghe Huang, Nuo Xu, Yuyu Wang, Yixin Sun, Aimin Guo, The effects of motivational interviewing on hypertension management: A systematic review and meta-analysis, *Patient Education and Counseling*, 112, 2023, 107760, ISSN 0738-3991, <https://doi.org/10.1016/j.pec.2023.107760>.

nichts daran ändern (Contemplation), wollen sie sich auf den Weg machen und überlegen die nächsten Schritte (Preparation) oder sind sie schon aktiv (Activity). Im Idealfall gelingt es, alternatives Verhalten zu erreichen (maintenance), in der Regel wird es aber einen Rückfall geben (Relapse), der Patientinnen und Patienten auf ein früheres Stadium zurückführt. Ein typisches Gespräch gliedert sich in folgende Abschnitte:

- Focussing: ein gemeinsames Thema definieren
- Evoking: Die Sichtweise des Betroffenen kennenlernen durch aufmerksames Zuhören
- Einordnen der Argumente: Was spricht aus Sicht der Betroffenen für eine Veränderung (Change Talk) was dagegen (Sustain-Talk).
- Gemeinsames Verständnis überprüfen: «Teach-back» einsetzen, um die Frage zu klären: Sehen wir die Situation im Moment ähnlich?
- Spezifische Informationen vermitteln: Wo gibt es Hilfe, wer bietet sie an?
- Gemeinsam die nächsten Schritte definieren

Welcher dieser Schritte in einem Gespräch sinnvoll zum Einsatz kommt, hängt davon ab, in welchem Stadium sich eine Patientin oder ein Patient befinden: Wenn jemand noch nicht in preparation ist, sind Informationen zu möglichen Unterstützungsangeboten nicht sinnvoll. In den meisten MI-Gesprächen wird es darum gehen, mit Betroffenen gemeinsam einen Schritt weiterzukommen im Veränderungsprozess.

Es gibt *ein wesentliches Not-To-Do*, das für die meisten Fachpersonen naheliegend ist: Gegenargumente aufzeigen (Ja, aber-Kommunikation), die selten genau das adressieren, was eine Patientin oder ein Patient im Moment bräuchte, um über ihr Verhalten nachzudenken, geschweige denn es zu verändern.

7.6.1 Umsetzung in Schulungen und im klinischen Alltag

Kognitive Inhalte wie das Process of Change Modell und der prototypische Ablauf eines MI-Gesprächs lassen sich über Webinare vermitteln; dies wird von der FMH und im Studium bereits eingesetzt.

Das *Verhaltensrepertoire* des Motivational Interviewing lässt sich ideal mit standardisierten Falldarstellern üben, die Patientinnen und Patienten darstellen, deren Verhalten ihnen schadet. Dafür gibt es ausführliches Fallmaterial und Erfahrungen in der Lehre und in der Weiter- und Fortbildung.

7.7 Mitteilen belastender Neuigkeiten

Beim Mitteilen von belastenden Neuigkeiten (breaking bad news) ist es wichtig abschätzen zu können, ob und wie Menschen in der Lage sind, mit schlechten Nachrichten umzugehen. Dies ist eine Frage ihrer Erfahrungen im bisherigen Leben (erfolgreich bewältigte Probleme in der Vergangenheit) und ihrer persönlichen Disposition (Vulnerabilitäten, Bindungserfahrungen, Neigung zum Ausblenden negativer Aspekte (Verleugnung)). Die Frage der Dosierung von Schweregrad (wie ernst ist die Situation?) und Detailgenauigkeit der Information steht somit im Zentrum dieser Gespräche. Es ist nicht immer sinnvoll, Patientinnen und Patienten direkt zu fragen, wie sie informiert werden wollen, denn die Betroffenen wissen ja nicht im Voraus, welche Informationen zur Verfügung stehen. Zu unterscheiden ist allerdings das Vorgehen beim eigentlichen Mitteilen einer schwierigen Nachricht von der Begleitung von Betroffenen im weiteren Verlauf.

Es ist hilfreich, auch bei bekannten und bisher auffallend resilienten Patientinnen und Patienten davon auszugehen, dass z.B. die Mitteilung einer Krebsdiagnose Betroffene vor eine völlig neue Situation stellt, für deren Bewältigung sie unmittelbar noch keine Ressourcen aktivieren können.

Im Verlauf einer Begleitung von Betroffenen in schwierigen Situationen ist die Anamnese oft hilfreich, wenn sie Hinweise darauf liefert, wie Betroffene in der Vergangenheit mit schwierigen Situationen umgegangen sind: Haben sie z.B. sich der Herausforderung gestellt und aktiv versucht, sich neu auszurichten, oder haben sie sich 'dem Schicksal ergeben' und versucht, das Beste daraus zu machen.

Wenn man davon ausgeht, dass vor allem die unerwartete Mitteilung schlechter Neuigkeiten den Patientinnen und Patienten aus seinem bisherigen Leben herauskatapultiert, gilt es bei der Dosierung der Nachrichten schrittweise vorzugehen, und so zum Beispiel zuerst den Ernst der medizinischen Situation anzusprechen («Es handelt sich um einen schwierigen Befund») und dann abzuwarten. Oft fragen Patienten dann bereits nach weiteren Informationen und äussern nicht selten eine zutreffende Vermutung («Also ist es Krebs?»); dann kann als nächster Schritt die medizinische Situation zusammengefasst werden («Ja, es handelt sich um eine Krebserkrankung»). Diese Nachricht muss 'verdaut' werden, Patientinnen und Patienten geraten manchmal an den Rand ihrer Fassung (siehe S. 9). Das Wichtigste in diesem Moment ist die Möglichkeit sich wieder zu sammeln und zu orientieren. Meistens folgt dann die Frage: «Und wie geht es jetzt weiter?» Es kann sein, dass Patientinnen und Patienten zuerst einmal diese grundlegenden Informationen aufnehmen und verarbeiten, so dass weitergehende Fragen zur Durchführung der Therapien oder Prognose erst in einer zweiten Konsultation geäussert werden. Bei der Vermittlung von Informationen gelten die o.g. Grundsätze: Was muss jemand JETZT wissen, um bis zur nächsten Konsultation keinen Schaden zu nehmen. Das bedeutet vor allem, Betroffene nicht mit detaillierten Informationen zu überschütten, es sei denn, sie hätten explizit danach gefragt.

Manche Patientinnen und Patienten reagieren vor allem auf der Ebene von Gefühlsäusserungen – sie sind noch nicht aufnahmebereit für Informationen. Gerade wenn Patientinnen und Patienten sehr überrascht sind, weil die schlechte Nachricht aus heiterem Himmel kommt, ist ein langsames schrittweises Vorgehen mit Pausen geboten, da in diesem Moment die Fähigkeit zur Aufnahme und Verarbeitung von Informationen reduziert ist.

Viele emotionale Reaktionen wie Enttäuschung bei einem Rezidiv («Kommen Sie mir nicht mit noch einer Behandlung!») sowie Wut, Trauer oder Angst sind gut verstehbar und es ist sinnvoll, dieses Verständnis zu zeigen. Das muss ähnlich wie im Abschnitt zu Umgang mit Gefühlen dargelegt, nicht in einer expliziten Äusserung von «Ich kann gut verstehen, dass Sie...» bestehen, sondern genauso gut und wohl häufiger sich darin äussern, dass eine Fachperson im Sprachduktus, in einer Geste, mit einem Seufzer zeigt, dass die Gefühle wahrgenommen werden und Platz haben.

Wenn dies möglich ist, und Betroffene aufnahmebereit sind, sollten schlechte Nachrichten mit beruhigenden Informationen kombiniert werden («Man kann diesen Krebs gut behandeln; wir können die Schmerzen und die Atemnot lindern»). Dieser Wechsel auf die beruhigenden Neuigkeiten ist besonders dann angesagt, wenn Hinweise auf eine psychische Überforderung im Gespräch auftauchen (Unkonzentriertheit, Manifestation von unbeherrschbarer Angst, Hilflosigkeit). Kritisch ist das Vermitteln positiver Informationen, wenn es vor allem dazu dient, die Fachperson zu entlasten, die als Überbringer schlechter Nachrichten selbst leidet und sich von dieser Last befreien will.

7.7.1 Umsetzungen in Schulungen und im klinischen Alltag

Das Vermitteln schwieriger Nachrichten lässt sich nahezu prototypisch mit standardisierten Falldarstellern üben – dieses Vorgehen ist in der Lehre an praktisch allen Universitäten etabliert und wird in manchen Institutionen bereits jetzt mit Internet-basierten 1:1 Kontakten vermittelt.

8. Schnittstelle mit anderen Mandaten

In erster Linie wird es um die Mandate «Klinische Ethik» und «Patientensicherheit» gehen.

8.1 Schnittstelle mit dem Mandat «klinische Ethik»

Eine naheliegende Übereinstimmung ergibt sich beim Thema Gemeinsame Entscheidungsfindung (Shared Decision Making SDM). Unter der entsprechenden Überschrift ist auf S. 7f bereits dargelegt, dass SDM ein geeignetes Anwendungsfeld einer Patienten-zentrierten Gesprächsführung darstellt. Fraglich ist, ob es dafür ein separates Set an Fallbeispielen gibt, oder ob sich in den Fallbeispielen, die von den Fachgesellschaften in Zusammenarbeit mit dem SoCoCo Team erarbeitet werden, Gelegenheiten für professionelles SDM ergeben. Letzteres ist aus unserer Sicht zu bevorzugen, da die Optionen in Diagnostik und Therapie von Fachgebiet zu Fachgebiet unterschiedlich ausfallen. Zudem verankert diese Platzierung SDM in der klinischen Anwendung und wird eher ein Element im klinischen Alltag, als wenn es ein spezielles Setting für SDM gibt. Für SoCoCo bedeutet dies, dass In ausgewählten Fällen die Liste der Feedback-Items um spezifische Items ergänzt werden muss, die bisher noch nicht mit den Feedback-Items der Professionellen Gesprächsführung abgedeckt sind. Das betrifft vor allem das Thema 'Kennenlernen der Welt des Anderen', in dem es darum geht, bei der Auswahl aus mehreren Optionen die Werte einer Patientin oder eines Patienten zu berücksichtigen, die für ihn/sie im Hinblick auf die anstehende Entscheidung wichtig sein könnten. Kommunikativ ist das keine spezielle Herausforderung, es ist aber wichtig, Fachpersonen zu vermitteln, dass sie ihre Anamnese um diese Aspekte erweitern sollten, wenn sie einen *gemeinsamen* Entscheid herbeiführen wollen.

8.2 Schnittstelle mit dem Mandat «Patientensicherheit»

In den einschlägigen Arbeiten der letzten Jahre wird betont, wie wichtig eine professionelle Kommunikation innerhalb von Gesundheitsorganisationen ist^{36 37}. Diese Arbeiten betonen die Bedeutung einer wertschätzenden Kommunikation innerhalb der Gruppe der Fachpersonen^{38 39}. Das ist plausibel, weil die Bereitschaft, sich mit einem kritischen Feedback zu Wort zu melden, davon abhängt, ob die Empfänger bereit sind, diese Rückmeldung wohlwollend zur Kenntnis zu nehmen und sich zumindest der Mühe unterziehen, das eigene Vorgehen zu hinterfragen⁴⁰. Es zeigt sich, dass das in der Praxis nicht einfach umzusetzen ist, und es ist naheliegend anzunehmen, dass dies mit den psychologischen und emotionalen 'Kosten' beim Aussprechen kritischer Kommentare zusammenhängt. Welche Faktoren das im Einzelnen sind, ist allerdings kaum untersucht worden⁴¹. Klar ist, dass hierarchische Strukturen ein kritisches Feedback 'von unten nach oben' erschweren. Gerade dieser Punkt verweist auf die Bedeutung von *strukturellen Faktoren* innerhalb einer Gesundheits-Institution: Gibt es Gefässe, die kritisches Feedback erleichtern und gleichzeitig davor schützen, als Nestbeschmutzer diffamiert zu werden? Die in der Presse ausführlich diskutierte Situation an der Herzchirurgie am USZ hat genau dort auf Defizite hingewiesen, da sich zumindest von aussen annehmen lässt, dass Kritik wenig erwünscht war und es viel Mut brauchte, zur eigenen Meinung zu stehen.

Vor allem in der interprofessionellen Kommunikation und in der Verbesserung der Fehlerkultur in Institutionen ist das *Vermitteln und das Entgegennehmen von Feedback* zentral. Dieses Thema wird allerdings bereits jetzt im Rahmen der Weiterbildung «Teach-the-Communication-Teacher» durch das

³⁶ Basson, Tom MSPH*,†; Montoya, Alfred MHA†,§; Neily, Julia RN, MS, MPH*,†; Harmon, Lisa PhD†; Watts, Bradley V. MD, MPH*,†,‡. Improving Patient Safety Culture: A Report of a Multifaceted Intervention. *Journal of Patient Safety* 17(8):p e1097-e1104, December 2021. | DOI: 10.1097/PTS.0000000000000470

³⁷ Burgener, Audrey M. "Enhancing communication to improve patient safety and to increase patient satisfaction." *The health care manager* 39.3 (2020): 128-132.

³⁸ Dietl, J. E., Derksen, C., Keller, F. M., & Lippke, S. (2023). Interdisciplinary and interprofessional communication intervention: How psychological safety fosters communication and increases patient safety. *Frontiers in Psychology*, 14, 1164288.

³⁹ Labrague, L. J., Al Sabei, S., Al Rawajfah, O., AbuAlRub, R., & Burney, I. (2022). Interprofessional collaboration as a mediator in the relationship between nurse work environment, patient safety outcomes and job satisfaction among nurses. *Journal of nursing management*, 30(1), 268-278.

⁴⁰ Jones, A., Blake, J., Adams, M., Kelly, D., Mannion, R., & Maben, J. (2021). Interventions promoting employee "speaking-up" within healthcare workplaces: a systematic narrative review of the international literature. *Health Policy*, 125(3), 375-384.

⁴¹ Kim, S., Appelbaum, N. P., Baker, N., Bajwa, N. M., Chu, F., Pal, J. D., ... & Bochatay, N. (2020). Patient safety over power hierarchy: a scoping review of healthcare professionals' Speaking-up skills training. *The Journal for Healthcare Quality (JHQ)*, 42(5), 249-263.

SIWF angeboten und es fragt sich, ob es zusätzlich in das Mandat professionelle Kommunikation eingebunden werden sollte.

9. Eine erste Formalisierung einer zeitnahen Implementierung

Zentral für die Anliegen des Mandats Professionelle Kommunikation ist die Kooperation mit den Fachgesellschaften. Sie müssen von Anfang an eingebunden werden, damit sie sich im Sinne einer 'ownership' mit verantwortlich fühlen für das Gelingen des Projektes. SoCoCo nimmt genau dieses Anliegen auf: Nicht ein Expert/innen-Gremium in Bern oder Basel entscheidet darüber, was wichtig ist, sondern diese Entscheidung geschieht 'vor Ort', bei den Internist/innen, Psychiater/innen, Pädiater/innen, Chirurg/innen, Gynäkolog/innen, etc, etc. Um bei der Umsetzung voranzukommen, schlagen wir vor, dass eine anteilige OA-Stelle auf Facharzniveau eingerichtet wird, bei der im Sinne einer Stabsstelle diese Aktivitäten zusammengeführt werden. Die Stelleninhaberin sollte Erfahrungen in Entwicklung von Fällen und Feedback-Items haben, um die Fachgesellschaften zu unterstützen. Gleichzeitig sollten auf Ebene Fachgesellschaften Personen benannt werden, die sich für die Entwicklung prototypischer Problemfälle interessieren und den Kontakt in die Gesellschaften pflegen. Wie der Entscheidungsprozess dort abläuft, ist Sache der FG; es ist allerdings Sache des SIWF, dafür zu sorgen, dass das Benennen von Ansprechpersonen zeitnah erfolgt.

10. Anhang

10.1 Anhang 1: Abdruck aus den Leitlinien Kommunikation der Ärztekammer Nordrhein, 2. Auflage 2023⁴²

10.1.1 Festlegen von Zeitgrenzen und Themen, explizites Klären der Agenda

Gerade bei Patientinnen und Patienten, die die Abläufe in einer Praxis oder in einer Ambulanz noch nicht kennen, ist es hilfreich, gleich zu Beginn anzusprechen, wie viel Zeit zur Verfügung steht. Falls der die Ärztin oder der Arzt bereits eine fixe Agenda hat, sollte dies am Anfang mit der Patientin oder dem Patienten besprochen und geklärt werden, welche Punkte die Patientin oder der Patient von sich aus besprechen mochte. Ein solcher Einstieg in das Arzt-Patienten-Gespräch 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 von der Patientin oder vom Patient aufgegriffen und weitergeführt werden. Dieser Wechsel bedingt unterschiedliche Redestile der Patientin oder des Patienten: Es wird zwischen freier Rede im Narrativ und kurzer, präziser Rede im Bericht hin- und hergewechselt. Diese Abschnitte sollten der betroffenen Person als Themen- und Stilwechsel bekanntgegeben werden, damit sie sich in ihrem Sprachduktus entsprechend verhalten kann.

10.1.2 WWSZ-Techniken

Mit dem Akronym WWSZ werden vier typische Techniken der patientenzentrierten Gesprächsführung beschrieben: das Warten, das Wiederholen und das Spiegeln, um den Raum zu öffnen beziehungsweise offen zu halten. Das Zusammenfassen dient zum einen der Qualitätskontrolle der Ärztinnen und Ärzte und zum anderen hilft es, den Gesprächsablauf zu strukturieren.

Beim Warten 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 beziehungsweise das Warten als Einladung verstanden wird, muss die Aufmerksamkeit der Ärztin oder des Arztes auf die Patientin oder den Patienten 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: Patientinnen und Patienten erhalten die Möglichkeit, in Ruhe darüber nachzudenken, ob sie noch mehr sagen können oder wie sie ihre Anliegen formulieren mochten. Das gleiche Recht können allerdings auch Ärztinnen und Ärzte beanspruchen, wenn sie nach einer überraschenden oder besonders beeindruckenden Patientenäusserung eine Pause entstehen lassen, in der sie das Gehörte verarbeiten mochten. Wenn sie ihren Eindruck formulieren, sollten sie darauf achten, dass die eigene Betroffenheit nicht so viel Raum einnimmt, dass Patientinnen und Patienten ihren eigenen Erzählduktus nicht mehr fortsetzen können. 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 Ärztinnen und Ärzte Mitgefühl gezeigt haben, zum Beispiel 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

⁴² <https://www.aekno.de/wissenswertes/dokumentenarchiv/aerztekammer-nordrhein/kommunikation-im-medizinischen-alltag>

(„Jetzt wüsste ich gerne noch, wie Ihnen die neuen Tabletten bekommen“), wird die erste Äusserung entwertet, sie wird tiefer gestuft.

Beim Wiederholen werden Worte wiederholt, die die Patientin oder der Patient 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.“

P.: Schaut den Arzt an und schweigt. [Offenkundig erwartet sie jetzt eine Aktion des Arztes]

Arzt: „Vom Herzen?“

P.: „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 oder der Arzt etwas von dem auf, was sie oder er von der Patientin oder dem Patient gehört oder wahrgenommen hat. Der Begriff impliziert, dass tatsächlich nur das zurückgemeldet wird, was von der Patientin oder dem Patient in den Diskurs eingebracht wurde.

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

P.: „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.“

A.: „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 oder des Patienten 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 oder dem Arzt zu überprüfen, ob er das, was die Patientin oder Patientin mitteilen wollte, korrekt verstanden hat. Es entspricht einem Schliessen der Schleife, nur diesmal in der anderen Richtung: Die Patientin oder der Patient liefert Informationen und die Ärztin oder der Arzt schliesst die Schleife, indem sie oder er von sich aus der Patientin oder dem Patienten mitteilt, was angekommen ist. Darüber hinaus bietet das Zusammenfassen der Ärztin oder dem Arzt die Möglichkeit zu entscheiden, welche Aspekte ausführlich und welche eher summarisch wiedergegeben werden. Die Ärztin oder der Arzt konnte z. B. eine ausführliche Schilderung der schwierigen Berufssituation von Patientinnen und Patienten mit dem Satz: „... und offenkundig sind Sie im Moment im Beruf extrem unter Druck ...“ auf hohem Abstraktionsniveau wiedergeben.

10.1.3 Umgang mit Emotionen – das NURSE-Modell

Hinter diesem Akronym verbergen sich fünf Techniken, die im Umgang mit emotionalen Äusserungen von Patientinnen und Patienten hilfreich sind:

Naming: Emotionen benennen

Understanding: Wenn möglich Verständnis für die Emotionen ausdrücken

Respecting: Respekt oder Anerkennung für Patientinnen und Patienten artikulieren

Supporting: Den Patientinnen und Patienten Unterstützung anbieten

Exploring: Weitere Aspekte zur Emotion herausfinden

Das Benennen der Emotion (Naming) entspricht dem Spiegeln: Die wahrgenommene Stimmung der betroffenen Person wird benannt. Dieser Schritt ist nur dann sinnvoll, wenn diese nicht selbst schon gesagt hat, wie ihr zumute ist. Wenn sie zum Beispiel mit dem Satz „*Ich habe unglaublich Angst, dass etwas Schlimmes dabei rauskommt*“ bereits ihr Gefühl benennt, ist ein erneutes Benennen durch die ärztliche Fachperson überflüssig.

Wenn die Emotion benannt ist, muss die Fachperson entscheiden, ob sie sie tatsächlich auch verstehen kann. Wenn ja, ist Understanding eine ausgesprochen wohltuende Intervention, in der sich die Wertschätzung für eine betroffene Person und ihr Erleben prototypisch äussert.

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

Eine 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 zum Sightseeing fahren möchte. Sie schliesst diesen Absatz mit der Bemerkung:

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

Arzt: „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 oder der Arzt keine Idee hat, in welcher emotionalen Verfassung sein Gegenüber im Moment ist. Sie oder er spürt, dass etwas im Raum steht, hat aber zu wenig Informationen beziehungsweise spürt selbst zu wenig intensiv ein eigenes Erleben, um mit einem Naming/Spiegeln fortzufahren.

10.1.4 Vermitteln von Informationen

Ziel der Informationsvermittlung sind informierte Patientinnen und Patienten, die in der Lage sind, korrekte Einschätzungen abzugeben zu Diagnose, Art, Durchführung, Ziel, Nutzen und Risiken einer Intervention. Zudem müssen Patientinnen und Patienten informiert sein über Art, Risiken und Nutzen von Alternativen sowie über die Option, nichts zu tun.

Arztinnen und Ärzte unterschätzen meist die Schwierigkeit, Informationen an eine Person zu übermitteln, die nur über vage medizinische Kenntnisse verfügt. Selbst 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 Patientinnen und Patienten mit Informationen umgehen, ob sie sie in vorbestehende Konzepte einbetten können oder nicht. Je besser es gelingt, mit den neuen Informationen an vorhandenes Wissen anzuknüpfen, desto grösser ist die Wahrscheinlichkeit, dass Neues verstanden und behalten wird. Auch bei Patientinnen und Patienten mit einem gewissen Vorwissen (z. B. bei lange bestehendem Diabetes) lohnt es sich, zunächst herauszufinden, was sie bereits wissen, um die neue Information passgenau in das ver-

traute Weltbild einzufügen. Informationen erzeugen bei Empfängerinnen und Empfängern häufig Fragen, zum Beispiel 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 Patientinnen und Patienten benötigen. Um herauszufinden, welche Fragen Patientinnen und Patienten konkret haben, müssen 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 bzw. die Patientin mit diesem Vorgehen einverstanden ist, geht es zurück zur ersten Kapitelüberschrift:

„Also, zum ersten Punkt: Warum wir diesen Eingriff machen wollen.“

Dann folgt die detaillierte Information.

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 sieben (+/-2) Informationen umgehen kann. Eine weitere Einschränkung ergibt sich dadurch, dass ein Mensch bestenfalls zwei bis vier Elemente gleichzeitig bei einer Entscheidung bedenken kann.

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 verschiedene Informationsmedien einzusetzen. Entsprechende Versuche waren zwar nicht immer von Erfolg gekrönt, scheinen aber mit dem Einsatz interaktiver multimedialer Informationsmodule das Behalten in gewissem Ausmass zu verbessern.

Wenn es um die Verarbeitung von Informationen geht, die bereits im Langzeitspeicher abgelegt sind, unterliegt dagegen das Arbeitsgedächtnis praktisch keiner Mengenbeschränkung.

Für die medizinische Praxis bedeutet dies, dass Patientinnen und 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 soll erwähnt werden, dass Ärztinnen und Ärzte sehr selten überprüfen, was Patientinnen und Patienten verstanden haben. Die am besten untersuchte, selten angewandte, aber sehr erfolgreiche Technik, ist das «Teach-Back»: Die Person, welche die Information empfangen hat, vermittelt ihr Verständnis zurück an die informierende Person.

Eine Möglichkeit, das korrekte Verständnis von Informationen zu überprüfen, klingt folgendermassen:

A: „Ich finde es ganz schön schwierig, diesen Eingriff gut zu erklären. Mich würde vor allem interessieren, was Sie heute Abend Ihrer Partnerin / Ihrem Partner von unserem Gespräch erzählen werden. Dann schau ich mal, ob es etwas gibt, das ich besser erklären muss.“