

## VII. Das Arzt-Patient-Gespräch

Das gemeinsame Gespräch spielt in der kurativen Medizin, in der Prävention und Rehabilitation eine wichtige Rolle. Der Arzt erhebt die Anamnese und erwartet vom Patienten eine Schilderung seines Befindens und seiner Beschwerden. Der Arzt muss die mitunter unklar gehaltenen Darstellungen über das gestörte Allgemeinbefinden des Patienten interpretieren, in einer Diagnose zusammenfassen und diese dem Patienten in einer für ihn verständlichen Sprache zurückgeben.

Die Diagnose bildet die Handlungsgrundlage für Therapiemaßnahmen. Die Therapie ist, ähnlich der Anamnese, weitgehend eine kommunikative Handlung. Der Arzt muss den Patienten über die Zusammenhänge zwischen Beschwerden, dem Krankheitsgeschehen und den ärztlichen Therapievorschlägen aufklären. Der Therapieerfolg ist um so aussichtsreicher, desto besser das therapeutische Arbeitsbündnis ist. Um dieses Bündnis aufbauen zu können, ist es wichtig, den richtigen sprachlichen Zugang zum Patienten durch kommunikative Arbeit zu erreichen. In der Prävention besteht das ärztliche Handeln vornehmlich in der verbal medizinisch-pädagogischen Aufklärung. In der Rehabilitation muss der Therapeut den Patienten im Gespräch bei der Übernahme neuer Lebensgewohnheiten unterstützen und ihn über neue Möglichkeiten der Lebensführung belehren. Die auf Prävention und Rehabilitation ausgerichtete Medizin setzt das Gespräch als Therapeutikum und Diagnostikum ein. „Im ärztlichen Gespräch sind Diagnostik und Therapie unlösbar miteinander verbunden“ (Wilke zit. aus Reimer 1993: 5).

### 1. Die Anamnese

Als erste Kontaktaufnahme zum neu aufgenommenen Patienten steht die Anamnese am Anfang des diagnostischen Untersuchungsprogramms. Der Begriff der *Anamnese* kommt ursprünglich aus dem Griechischen und bedeutet „Erinnerung“. In der Medizin ist hierunter zunächst die persönliche Ansicht des Kranken über seine Krankheit gemeint. Speziell im Klinikalltag stellt sie das erste längere Gespräch zwischen Arzt und Patient dar. Sie legt deshalb die Grundlage für die weitere Arzt-Patient-Beziehung und entscheidet bereits wesentlich über das spätere Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient. Sie ist gleichzeitig das entscheidende Hilfsmittel zur Diagnosefindung und Therapie. „Bis zu 80 % aller Diagnosen lassen sich - bei guter Anamnesetechnik - allein aufgrund einer ausführlichen Anamnese stellen“ (Haferlach 1994: 19).

Es gehört zur täglichen Routine eines Arztes zu beobachten, zu testen, zu interpretieren, zu erklären und Maßnahmen zur Wiederherstellung der Gesundheit des Patienten zu ergreifen. Dies bedeutet, dass das ärztliche Wissen mit Hilfe einer Erzählung konstruiert und vermittelt werden muss. Für die Identifikation der Krankheit muss der Arzt die äußerlich festgestellten Symptome und die Geschichte des Patienten interpretieren. Er beginnt mit den äußeren Anzeichen der Krankheit und schließt auf die Krankheitsursache. Das Prinzip ist vergleichbar mit der detektivischen Aufklärungsarbeit, die Sherlock Holmes in den gleichnamigen Romanen von Sir Arthur Conan Doyle zur Lösung seiner Kriminalfälle anwendet. Dem Autor war diese Methode aus seiner Tätigkeit als Arzt bekannt. Durch seine Romane hat er die besondere Beziehung zwischen der Beweisführung im Detektivroman und der Diagnosefindung in der Medizin dokumentiert. Zur Methode Holmes' gehört die hypothetische Konstruktion des Verbrechens aus der Retrospektive. Ähnlich geht der Arzt bei der medizinischen Diagnosefindung vor. Er kombiniert die Hinweise und Symptome und organisiert sie mittels einer Erzählung aufgrund einer hypothetischen Annahme. Er testet seine Differential-Diagnose aus und sammelt Daten, die sie stützen, indem er die abstrakten Krankheitsbilder der Medizin dem individuellen Fall anpasst (vgl. Hunter 1991: 16, 22).

Die Erzählung ist für die Medizin von großem Nutzen. Sie fungiert als Brückenschlag zwischen Theorie und Praxis, indem sie nicht nur den naturwissenschaftlich nomothetischen Prinzipien der Medizin Rechnung trägt, sondern auch die besonderen Umstände jedes Patienten berücksichtigt (vgl. ebenda 46).

Dass für eine Differential-Diagnose eine große Menge an Daten notwendig ist, lernen die Studenten bei der Erhebung der Anamnese. Ausgerüstet mit einem Leitfaden, der Hunderte von Begriffen über das Organsystem des Körpers enthält, lernen viele Mediziner im Studium intuitiv durch wiederholte Erfahrungen, dass diese klinische Vorgehensweise oft eine mechanische und unpersönliche Form annimmt (vgl. Lazare 1995: 3). Die Rolle des Patienten ist hierbei die, die Daten durch Beantwortung der Fragen bereitzustellen. Dies beeinträchtigt die effiziente Erhebung bedeutsamer medizinischer und persönlicher Daten und die Etablierung einer bedeutungsvollen Arzt-Patient-Beziehung. Die Krankengeschichte wird mittels umfangreicher Fragebögen ermittelt, aber nur wenige Daten berühren die soziale Anamnese.

Persönliche Daten, die die sozialen Verhältnisse, Familienangehörige, Lebensgewohnheiten, Sportinteressen, Hobbys und die berufliche Situation berühren, helfen dem Arzt nicht nur den „ganzen Menschen“ zu sehen, sondern geben ihm auch wichtige Anhaltspunkte darüber, wie der Patient mit der Erkrankung umgeht.

Auch wenn die Bestimmung des medizinischen Problems das vorherrschende Ziel der Anamnese ist, darf dessen zusätzliche Funktion, die Herstellung einer Beziehung zum Patienten, nicht vernachlässigt werden. Es geht darum (1) Einfühlungsvermögen zu zeigen, (2) Verständnis und Offenheit für die Gesprächsbeiträge deutlich werden zu lassen, (3) sich selber zurückzunehmen und (4) die Mitwirkung des Patienten in vollem Umfang sicherzustellen. Vor dem Hintergrund dieser wichtigen Zusatzfunktionen ist es sinnvoll, den Patienten aufzufordern, das Gespräch zu eröffnen und sein gesundheitliches Problem mit eigenen Worten darzustellen. Coulehan liefert eine ausführliche Anleitung zur Gesprächseröffnung (1997: 42 ff.). Adler, durch die Zusammenarbeit mit Engel in Rochester, New York vertraut mit dessen Krankheitskonzept, stellt in seinem Buch eine Technik der Anamneseerhebung und der Körperuntersuchung vor, die es erlaubt psychische, soziale und somatische Daten in einem Arbeitsgang zu erfassen (1992).

Die Gedanken und Erwartungen, die sich Patienten im Zusammenhang mit ihren Beschwerden machen, liefern dem Arzt, sofern er sie kennt, wichtige Hinweise für eine präzise Diagnose. Es ist für den Arzt von entscheidender Bedeutung, die ganz persönliche Selbstwahrnehmung des Patienten zu kennen (vgl. auch Wilker 1994: 253). Ein Arzt kann eine Menge über die Krankheit wissen, aber deshalb weiß er noch lange nicht, was der Patient empfindet, wenn er krank ist. Die Einstellung des Patienten zu seiner Krankheit kann einen großen Einfluss darauf haben, wie es ihm auf längere Sicht gehen wird. Die Erkenntnis und das Wissen, wie sich ein Patient von anderen Menschen unterscheidet, helfen dem Arzt, so mit ihm zu reden, dass es dem Patienten hilft. „Die innere Welt von Patient und Arzt müssen sich berühren“ (Gordon 1995: 79). Um dem Patienten die Selbstöffnung zu ermöglichen, bedienen sich Psychologen und Therapeuten bestimmter grundlegender Kommunikationsmethoden.

Mit wachsender Erfahrung lernen Ärzte, ihre Techniken anzupassen und erlangen das notwendige klinische Wissen, um effektive Interviewer zu werden (vgl. Lazare 1995: 3).

## **2. Grundlegende Funktionen des ärztlichen Gesprächs**

Lazare et al. (1995) haben die kursierenden Konzepte zum ärztlichen Gespräch in drei Funktionen mit jeweils spezifischen Aufgaben und Zielen organisiert.

Die drei Funktionen sind: Das Problem bestimmen und überwachen; die therapeutische Beziehung entwickeln, aufrechterhalten und abschließen sowie den Patienten aufklären und für die Einhaltung des Behandlungsplans Sorge tragen.

Die folgenden Aufgaben und kommunikativen Fertigkeiten werden mit diesen Funktionen assoziiert: Informationen sammeln, auf die Emotionen des Patienten reagieren, Verhalten schulen und beeinflussen. Um die erste Funktion des ärztlichen Gesprächs zu erfüllen, schlagen Lazare et al. fünf Arbeitsaufgaben vor:

## **Funktion 1: Das Problem bestimmen und überwachen**

### **1. Erwerb von Grundlagenwissen über Krankheiten und Erkrankungen**

Mediziner müssen darüber hinaus auch über Kenntnisse psychiatrischer Symptome und Syndrome verfügen (wegen ihrer Bedeutung als Teil der Differential-Diagnose für eine Reihe medizinischer Erkrankungen).

### **2. Erwerb von Kenntnissen über psychosoziale Daten des Krankheitsverhaltens**

Patienten reagieren aufgrund individueller und/oder kultureller Verschiedenheiten unterschiedlich auf ähnliche biomedizinische Zustände; dazu zählen z.B. Benennung der Symptome, Wahrnehmung von Schmerzen und dem Ernst der Lage sowie die dem Arzt zugestandene Autorität. Mögliche soziale Hypothesen sind: Beeinträchtigende Kommunikationsstrukturen in der Familie, Verlust oder Überbeanspruchung im sozialen Netz, die Verwendung physischer Symptome als Form sozialer Kommunikation. Zu den psychischen Hypothesen zählen unverarbeiteter Kummer und zyklische Lebensübergänge.

### **3. Erhebung biomedizinischer, psychologischer und sozialer Daten**

Dieser Aufgabenbereich umfasst Techniken, die gemeinhin als kommunikative Fertigkeiten bezeichnet werden. Der Arzt muss lernen, seine Kenntnisse über psychosoziale Belange in seine Datensammlung über das Patientenproblem mit einzubeziehen und in der Lage sein, Kommunikationsbarrieren zu erkennen und zu überwinden (vgl. Lazare et al. 1995: 8)

### **4. Verstehen biomedizinischer und psychosozialer Daten**

Das Verstehen der Daten bedeutet, das verbale und nonverbale Verhalten des Patienten zu registrieren und die zu verarbeitenden Daten aus Anamnese, Assoziationsfluss und Affekt in Verbindung mit Inhalt, Feinheiten der Syntax, Wechsel der Zeiten, bedeutungsreichen Metaphern, Körpersprache und fehlender Information zusammenzuführen. Lazare et al. bezeichnen diese Fähigkeit als "*listening at multiple levels*". Eine von Ärzten oft übersehene Datenquelle ist die Beobachtung ihres eigenen Verhaltens gegenüber bestimmten Patienten. So sind manche Ärzte hochgradig sensibilisiert für Alkoholmissbrauch oder Depressionen, wenn sie diese Gefühle bei sich selbst wahrnehmen. Diese subjektiven Reaktionen gegenüber Patienten werden als Gegenübertragung bezeichnet.

## **5. Hervorbringen und Testen multipler Hypothesen im Verlauf des Gesprächs**

bezeichnet einen Prozess, in dem der Arzt klinische Hypothesen auf der Grundlage verfügbarer Beobachtungen und dem Grundlagenwissen über verschiedene Krankheiten aufstellt und zusätzliche Daten erhebt, um diese Hypothesen zu bestätigen, zu verwerfen oder neue aufzustellen.

Zur Bestimmung des Problems muss der Arzt kommunikationstheoretisch gesprochen die Patientaussagen dekodieren und auf der Grundlage seines medizinischen Wissens interpretieren und in eine Diagnose überführen, die den persönlichen Umständen des Patienten Rechnung trägt.

Die zweite Funktion des ärztlichen Gesprächs gilt der Beziehungspflege. Ihre erfolgreiche Ausführung dient mehreren Zielen: 1) der Bereitschaft des Patienten, diagnostische Informationen zu geben, 2) dem ärztlichen Beistand bei physischen und psychologischen Sorgen, 3) der Bereitschaft des Patienten, aktiv und kooperativ am diagnostischen und therapeutischen Prozess teilzunehmen, 4) der erfolgreichen Beendigung der Beziehung (oder Überweisung an einen anderen Kollegen) sowie 5) der Zufriedenheit von Arzt und Patient.

Die Entwicklung einer therapeutischen Beziehung ist wichtig für die Bestimmung des Problems (Funktion 1) und die Einhaltung des Therapieplans (Funktion 2). Obwohl die therapeutische Beziehung für alle ärztlichen Gespräche wichtig ist, neigen Ärzte dazu, sich nur in bestimmten Situationen auf die Beziehung zu konzentrieren. Dazu zählen Gespräche mit schwierigen Patienten, Gespräche, in denen der Arzt eine schlechte Nachricht mitteilen, über die Notwendigkeit, eines bedrohlichen diagnostischen oder therapeutischen Verfahrens informieren, einen Fehler eingestehen oder die Beziehung beenden muss. Lazare et al. benennen fünf Aufgaben, die notwendig zum Aufbau, zur Aufrechterhaltung und zum Abschluss einer effektiven therapeutischen Beziehung sind:

### **Funktion 2: die therapeutische Beziehung entwickeln, aufrechterhalten und abschließen**

#### **1. Die Art der Beziehung definieren**

Es ist wichtig, den Patienten wissen zu lassen, ob der Arzt als grundversorgender Arzt, als Spezialist, Berater oder vorübergehende Vertretung fungiert. Der Arzt sollte zum Abschluss der Behandlung darüber informieren, ob weitere Termine geplant sind und welche zukünftigen Behandlungspläne empfohlen werden.

## **2. Professionelle Expertise kommunizieren**

Das Vertrauen des Patienten auf die Expertise des Arztes basiert auf Kleidung, Benehmen, Kennen der Patientenvorgeschichte, Qualität und Relevanz der ärztlichen Kommentare, der Fähigkeit relevante Daten zu enthüllen, der Fähigkeit, bedeutungsvolles Feedback und Erklärungen zu geben sowie einer allgemein selbstsicheren Haltung.

## **3. Interesse, Respekt, Unterstützung und Empathie kommunizieren**

Das Vortragen der Krankengeschichte mit all ihren assoziierten seelischen Emotionen, in Anwesenheit eines Arztes, der in der Lage ist, diese Gefühle zu tolerieren und keine Scheu zeigt, wirkt an sich schon therapeutisch.

Die freie Kommunikation von Furcht und Angst korreliert mit Zufriedenheit und Compliance, während das Vorherrschen von Angst und Furcht in engem Zusammenhang mit einer hohen Non-Compliance-Rate stehen. Ein empathischer Zuhörer vermindert die Angst des Patienten, während er das Vertrauen des Patienten in den Arzt stärkt und die Bereitschaft zur Mitteilung einer vollständigen Geschichte fördert. Empathie wird durch Mimik, Gestik, Haltung, Kopfnicken, die Art der Fragestellung oder durch direkte Aussagen, die die Gefühle des Patienten widerspiegeln, ausgedrückt.

## **4. Kommunikationsbarrieren erkennen und überwinden**

Hinweise auf Kommunikationssperren sind inkonsistente verbale und nonverbale Botschaften des Patienten. Dazu zählen unerwarteter Widerstand des Patienten gegen Behandlungsmaßnahmen, das eigene Unbehagen des Arztes in Anwesenheit des Patienten, Behandlungsversagen und Verschlimmerung einer unterschwelligen chronischen Erkrankung.

## **5. Die Perspektive des Patienten zutage fördern**

Das Hervorbringen dieser Information bildet die Basis für das Patientenverhalten als Antwort auf dessen Erkrankung und als Antwort auf die Empfehlungen des Arztes. Studien belegen, dass Patienten eher bereit sind, die ärztlichen Empfehlungen zu befolgen und zufriedener sind, wenn sie glauben, dass ihre Wünsche gehört worden sind. Obwohl sich diese Aufgabe mit den Aufgaben zur Bestimmung des Problems (Funktion 1) überschneidet, wird sie von Lazare et al. hier aufgeführt, da sie eng mit der Beziehungsfunktion verbunden ist.

Aus kommunikationstheoretischer Sicht kann der Arzt nur dann eine Vertrauensbeziehung zum Patienten aufbauen und damit ein Therapiebündnis schaffen, wenn es ihm gelingt die defacto bestehende asymmetrische Beziehungsstruktur im Gespräch zu überwinden und den Patienten als gleichwertigen Gesprächspartner wahrzunehmen.

Die dritte Funktion, die Patientenaufklärung (*patient education*) und Einhaltung des Behandlungsplans, wird mit folgenden Zielen assoziiert 1) Erreichung eines Konsens zwischen Arzt und Patient über die Art des Problems, die Art der Beziehung, diagnostische Verfahren und Behandlungspläne; 2) Erhöhung der Patienten-zufriedenheit; 3) Steigerung der Patientenmitarbeit und 4) Verbesserung der Behandlungsergebnisse.

Von den drei Funktionen wird die aufklärende Funktion des Gesprächs nach Aussage der Autoren am meisten vernachlässigt und am schlechtesten ausgeführt. Die klinische Bedeutung der Patientenaufklärung gilt in Bezug auf weniger Angst von Patienten, geringere Einnahmen von Schmerzmitteln, verkürzte Krankenhausliegezeiten und Behandlungsdauer, vermindertes Risikoverhalten sowie reduzierte Morbidität und Mortalität als empirisch gesichert (vgl. Lazare et al. 1995: 15). Im Zuge der wissenschaftlichen Etablierung ihrer klinischen und wirtschaftlichen Wirksamkeit kommt der Patientenaufklärung im ärztlichen Gespräch eine immer größer werdende Bedeutung zu. Lazare et al. verbinden mit dieser Funktion fünf Aufgaben, die größtenteils auf den Untersuchungsergebnissen von Tuckett et al. basieren:

### **Funktion 3: den Patienten aufklären und für die Einhaltung des Behandlungsplans Sorge tragen**

#### **1. Konfliktbereiche bestimmen und durch Verhandlung zu lösen versuchen**

Im ersten Gespräch sind unterschiedliche Auffassungen ganz normal und sollten nicht als abweichendes Patientenverhalten betrachtet werden. Diese Abweichungen werden gewöhnlich übersehen, weil der Patient nur ungern seine Sicht der Erkrankung und der Behandlung mitteilt.

#### **2. Über die diagnostische Bedeutung des Problems sprechen**

Das aufklärende Gespräch über Ursachen, Pathophysiologie und Prognose sollte die Sorgen, Ansichten und Befürchtungen des Patienten mit aufnehmen.

#### **3. Verhandlung und Empfehlung geeigneter diagnostischer Verfahren und Behandlungen**

Die gemeinsame Diskussion über Wert und Risiken der Diagnose und der Behandlung führt zu einer Einwilligung durch Information (*informed consent*).

#### **4. Verhandlung und Empfehlung geeigneter präventiver Maßnahmen wie Veränderungen der Lebensgewohnheiten**

Die Annahme lebensverändernder Maßnahmen wie Umstellung der Ernährung, Verzicht auf Alkohol oder Zigaretten verlangt viel Zeit, Anstrengung und Geduld von Arzt und Patient. Die für derartige Situationen vom Arzt benötigten Kommunikationsfertigkeiten verlangen ein spezielles Training, (vgl. Lazare: 16).

## 5. Den Umgang mit der Krankheit erhöhen

durch Verständnis und Einbeziehung der sozialen und psychologischen Konsequenzen der Krankheit und ihrer Behandlung.

Aus linguistischer Sicht kann eine erfolgreiche Verständigung zwischen Arzt und Patient über Aufstellung und Einhaltung des Therapieplans nur über eine Gesprächsführung erreicht werden, die den unterschiedlichen Sicht- und Gliederungsweisen der Gesprächspartner ('Framekonflikt') Rechnung trägt (siehe Kapitel VI. S. 58).

Die Bedeutung jeder Funktion variiert je nach Art des Gesprächs. In Gesprächen, in denen die Art des Problems feststeht (Funktion 1) und die richtige Behandlung erklärt und verstanden worden ist (Funktion 3), besteht das eigentliche Problem darin, dass der Patient dem Arzt nicht vertraut und Angst vor der Diagnose hat. In diesem Fall ist die vorherrschende Gesprächsaufgabe die Stärkung der Beziehung (Funktion 2). In anderen Gesprächen, die nach Erhalt der wichtigsten Labordaten erfolgen, ist die vorrangige Aufgabe, den Patienten zu informieren und zu beraten (Funktion 3). Im ersten Gespräch kommt allen Funktionen dieselbe Bedeutung zu. Die drei Funktionen des Gesprächs sind oft interdependent. Eine zufriedenstellende Bestimmung des Problems (Funktion 1) und eine effektive Kommunikation von Informationen auf Seiten des Arztes (Funktion 3) stärken die therapeutische Beziehung (Funktion 2). Eine effektive therapeutische Beziehung (Funktion 2) befähigt den Patienten zur Mitteilung wichtiger medizinischer und persönlicher Daten und erhöht somit die Chancen auf eine korrekte Bestimmung des Problems (Funktion 1).

Der Problemlösungsansatz ist im Gegensatz zu der traditionellen Analyse des Gesprächs nach Ablauf, Reihenfolge und Struktur viel zweckorientierter, da er immer nach dem Zweck des Gesprächs fragt und danach, wie dieses Ziel zu erreichen ist.

Die funktionelle Analyse ermöglicht dem Studenten für jedes geführte Gespräch die Ausführung der einzelnen Funktionen sowie deren Ziele und Aufgaben zu bewerten. Das von Lipkin entwickelte Modell zur Vermittlung von Gesprächsführung, das in Kapitel IX. vorgestellt wird, basiert auf diesem Ansatz. Für die Lernsituation bedeutet dies, dass der Lernende nicht von der Ausführung und Bewertung des ganzen Interviews überwältigt wird, sondern eine Kommunikationsfertigkeit nach der anderen zu beherrschen lernt. Ein Gespräch kann geführt werden mit dem Fokus auf die Hervorbringung der Patientenperspektive, die Hervorbringung klinischer Daten, das Testen einer Hypothese oder die Aufklärung über die Bedeutung der Krankheit.

### 3. Kommunikationssperren

Um zu wissen, wohin man geht, muss man wissen, woher man kommt. Um den Sinn des Erwerbs neuer Fertigkeiten nachvollziehen zu können, ist eine Analyse der in der Praxis vorherrschenden Kommunikationspraktiken unabdingbar.

Bevor wir uns effektiven Kommunikationsmethoden zuwenden, sollen zunächst einmal kommunikative Verhaltensweisen vorgestellt werden, die die Arzt-Patient Kommunikation behindern und einer konstruktiven Patientenmitwirkung im Wege stehen.

Nichts ist besser geeignet, um den Redefluss eines Patienten zu beenden, als ihm ins Wort zu fallen. Der Arzt unterbricht den Patienten im Durchschnitt zum ersten Mal nach 18 Sekunden. Er übernimmt die Kontrolle über das Gespräch, indem er verstärkt geschlossene Fragen stellt. Patienten hingegen, die nicht unterbrochen werden, brauchen selten mehr als eine Minute und niemals mehr als drei Minuten, um die Liste ihrer Beschwerden zu beenden.

Zwei wesentliche Probleme im Zusammenhang mit der frühen Unterbrechung des Patienten sind der Verlust potentiell relevanter Informationen und ein vorschnelles Testen einer Hypothese. Das Unterbrochenwerden beeinträchtigt den Informationsfluss und wirkt sich negativ auf die Beziehung der Gesprächspartner aus. Es hemmt die aktive Teilnahme des Patienten am Gespräch und weist ihm eine passive Rolle zu. Die Möglichkeit, sich am Gespräch zu beteiligen, Fragen zu stellen und seine Meinung zu äußern, steht in engem Zusammenhang mit der Patientenzufriedenheit, die über die Compliance das Behandlungsergebnis entscheidend beeinflusst (vgl. Lazare 1995: 9).

Ärzte unterbrechen ihre Patienten häufig, indem sie ihnen Fragen stellen (vgl. Gordon 1995: 124). Die gleiche Wirkung erzielen aber auch beruhigende, berichtigende, psychologisierende oder moralisierende Äußerungen oder auch Ratschläge. Untersuchungen zum ärztlichen Kommunikationsverhalten haben gezeigt, dass Kommunikationssperren dieser Art sehr weit verbreitet sind (vgl. ebenda: 123).

Wenn Patienten, die über ihre Gefühle oder Probleme sprechen wollen, mit diesen Kommunikationssperren konfrontiert werden, ziehen sie sich zurück, hören auf, über sich selbst zu sprechen und liefern keine Lösungsbeiträge mehr.

Aus kommunikationstheoretischer Sicht, handelt es sich hierbei um gescheiterte Kommunikationsversuche von Patienten, in denen der Arzt die Intention des Patienten nicht verstanden hat oder nicht verstehen wollte (siehe hierzu auch Kapitel V. S. 45).

Der Kommunikationspsychologe Gordon hat in Zusammenarbeit mit dem Mediziner Edwards Kommunikationsbarrieren im ärztlichen Gespräch identifiziert und in zwölf Kategorien zusammengefasst:

## **1. Befehlen, Anordnen, Kommandieren**

Einem Patienten, der den Sinn und Nutzen der ihm verordneten Übungen anzweifelt, entgegnet der behandelnde Arzt Folgendes: „Sie müssen die Übungen so lange durchführen, bis ich Ihnen sage, dass sie aufhören können. Die Entscheidung müssen Sie schon mir überlassen.“

Mit einer derartigen Reaktion beraubt sich der Arzt jeder Chance zu erfahren, aus welchen Gründen der Patient die Wirksamkeit der Übungen anzweifelt. Er versucht durch Anordnungen, Macht auf den Patienten auszuüben; eine Art der Autorität, die Ärzte nicht über ihre Patienten haben (siehe hierzu auch S. 80).

## **2. Warnen, Ermahnen**

Der Arzt ermahnt die Patientin, die sich fragt, ob die Schwäche in ihren Beinen je wieder weggehen wird, mit den Worten: „Wenn Sie die Hoffnung aufgeben, werden Sie bestimmt nicht gesund.“

Der Arzt begegnet den pessimistischen Gefühlen der Patientin mit einer Warnung, die auch eine Art von Macht demonstriert, die in ihr eher Widerstand und Ressentiments hervorruft und Fragen wie „Woher wollen Sie das wissen?“ auslöst.

## **3. Moralisieren, Predigen**

Eine Patientin, die aus Angst vor den Nebenwirkungen eine Chemotherapie ablehnt, hört von ihrem Arzt: „Sie sollten es aber trotzdem machen. Denken Sie doch an ihren Mann.“

Mit einer moralisierenden Botschaft wie („Sie sollten es besser wissen.“) unterstellt der Arzt der Patientin, dass er ihr kein eigenes Urteil zutraut. Mit einer ihm fremden Macht wie Pflicht, Moral, Religion setzt er sie unter Druck und löst Schuldgefühle in der Patientin aus. Patienten neigen dazu, darauf mit Trotz und Abwehr zu reagieren.

## **4. Beschimpfen, Beschämen**

Eine herabsetzende Behandlung, die den Patienten beschämt, löst Gereiztheit und Abwehr aus. Der Patient fühlt sich unterlegen oder ins Unrecht gesetzt.

## **5. Verurteilen, Beschuldigen**

Der Arzt sagt einem Patienten, der sich Vorwürfe wegen seiner Gewichtszunahme seit seinem letzten Termin macht: „Das haben Sie sich selbst zuzuschreiben, weil Sie sich so ungesund ernähren.“

Negative Bewertungen über Patienten abzugeben, die ihre Probleme ansprechen, führen dazu, dass diese defensiv reagieren. Kritik ruft Gegenkritik hervor. Sie fühlen sich durch solche Botschaften minderwertig und entwickeln feindselige Gefühle.

## **6. Einwenden, Widersprechen, Belehren**

Einer Patientin, die Angst vor einer Gebärmutterentfernung hat und befürchtet, danach an Depressionen zu leiden, entgegnet der Arzt: „Nein, Sie haben da völlig irrige Vorstellungen. Ich will Ihnen die Fakten mal genau auseinandersetzen.“

Der Versuch, eine Patientin durch Tatsachen, Gegenargumente, Logik oder persönliche Überzeugungen beeinflussen zu wollen, vermittelt ihr ein Gefühl von Unterlegenheit und Unzulänglichkeit. Der Versuch, die Patientin in eine bestimmte Richtung zu drängen, fördert nicht deren Gesprächsbereitschaft.

## **7. Zustimmung, Unterstützen, Loben**

Patienten in ihren Ansichten zu bestärken, ist nicht grundsätzlich sinnvoll. Bei Menschen mit negativen Gefühlen und Problemen kann sich dies sehr nachteilig auswirken. Positiven Wertungen, die dem Selbstbild des anderen nicht entsprechen, können beim Patienten dazu führen, dass er den Arzt für unaufrichtig hält. Wenn viel gelobt wird, kann das Ausbleiben eines Lobes schon als Kritik aufgefasst werden.

## **8. Analysieren, Interpretieren**

Patient: „Ich habe das Gefühl, es geht mit mir immer weiter bergab.“ Schwester: „Na, na, Herr Walter, dass sagen Sie doch nur, damit Sie heute nicht ihren Spaziergang machen müssen.“

Solche Reaktionen vermitteln dem Patienten das Gefühl, seine Motive seien durchschaut worden. Wenn die Analyse zutrifft, fühlt er sich bloßgestellt, ist sie falsch, fühlt er sich verletzt. Diese Art von Botschaften führen dazu, dass der Patient sich nicht mehr mitteilen wird.

## **9. Beruhigen, Trösten**

Ein Patient sagt, er fühle sich allein und seine Familie fehle ihm. Der Hospiz-Mitarbeiter antwortet: „Aber Sie haben doch hier so viele neue Freunde gefunden, und alle mögen Sie.“

Beruhigende und mitleidige Äußerungen werden oft im Umgang mit Patienten gemacht, weil dem Sender negative Gefühlsäußerungen unangenehm sind. Sie vermitteln dem Kranken, der andere habe keine Ahnung, wie ihm zumute ist oder wolle die Krankheit nur herunterspielen.

## **10. Ignorieren, Ablenken, Sich-Zurückziehen, Unterbrechen**

Patient: „Ich bin immer allein zurecht gekommen.“

Es deprimiert mich, dass ich jetzt so abhängig bin.“

Arzt: „Heute wollen wir ihren Blutdruck messen, Herr Erikson. Und was macht ihr Husten?“

Der Patient spürt, dass sich der Arzt gern aus der Sache heraushalten oder ihn ablenken möchte, indem er nicht darauf eingeht, einen Witz macht oder das Thema wechselt. Wenn Patienten den Mut aufbringen, über ihre Gefühle zu sprechen, ist ihnen das ein ernstes Anliegen. Wenn über das Gesagte hinweggegangen wird, fühlen sich Patienten verletzt, zurückgestoßen und frustriert. Gefühle, die nicht anerkannt werden, kommen immer wieder hoch.

## **11. Ratschläge erteilen, Lösungen vorgeben**

Hat der Patient ein bestimmtes Problem oder vertritt überzeugt eine bestimmte Ansicht, dann wirken Mitteilungen wie Ratschläge oder Lösungsmöglichkeiten, die eine Änderung seiner gesamten Lebensführung erforderlich machen, wie Kommunikationsperren.

Der Arzt besitzt nur Autorität im Sinne fachlicher Kompetenz, aber wenig Autorität im Sinne von Macht. Setzt er Macht gestützte Kontrollmechanismen wie Befehle, Anweisungen, Überredungsversuche oder Ermahnungen ein, verliert er seinen Einfluss.

Damit der Widerstand des Patienten möglichst gering bleibt, sollte sich der Arzt vor der Erteilung von Ratschlägen davon überzeugen, ob der Patient gewillt ist, seine fachliche Autorität anzuerkennen und bereit ist, seinen Rat anzunehmen (vgl. ebenda: 143).

Formulierungsvorschläge der folgenden Art sind laut Gordon dazu geeignet:

„Möchten Sie jetzt hören, wozu ich Ihnen raten würde?“

„Sind wir uns soweit über ihr Problem einig, dass wir darüber nachdenken können, welche Möglichkeiten es in Ihrem Fall gibt?“

## **12. Befragen, Ausforschen**

Patient: „Ich denke, Sie sollten wissen, dass die Schwestern in diesem Krankenhaus die Patienten vernachlässigen. Ich glaube, die haben völlig vergessen, dass ich hier bin.“

Arzt: „Benutzen Sie die Klingel? Und haben Sie sich schon bei den Schwestern beschwert.“

Sondierende Fragen, die die Gefühle oder das Problem des Patienten ignorieren, können die Kommunikation blockieren und das Arzt-Patient-Verhältnis verschlechtern. Das ärztliche Verhalten wird als Mangel an Verständnis und Fürsorge interpretiert.

Mit sondierenden Fragen vermittelt der Arzt, dass er das Problem in die Hand nimmt. Ohne dem Patienten zuzuhören, sammelt er relevante Fragen, um das Problem selbst zu finden. Die Mitwirkung des Patienten am Problemlösungsverfahren ist beeinträchtigt, sein Freiraum eingeschränkt. Die Verantwortung verlagert sich vom Arzt zum Patienten. Es besteht die Gefahr, dass die Fragen irrelevant sind und am Kern der Sache vorbeigehen, weil der Arzt nicht genug über das Problem des Patienten weiß, um wirklich relevante Fragen stellen zu können (vgl. ebenda: 135).

Geschlossene, enggefasste, sondierende Fragen deuten auf einen krankheitszentrierten Befragungsstil hin, der für die Beiträge des Patienten wenig Raum lässt.

In einer Untersuchung von Erstgesprächen haben Crouch und McCauley 1986 gezeigt, dass Allgemeinmediziner, die einen sehr prüfenden, „direktiven“ Fragestil hatten und viele geschlossene und sondierende Fragen stellten, nur in wenigen Fällen eine Verbindung zwischen den Informationen über die Familie des Patienten und den bestehenden Problemen herstellten.

Patienten verbringen bei einem Arztbesuch üblicherweise die meiste Zeit damit, auf gezielte geschlossene Fragen zum Krankheitsbild zu antworten. Roter zufolge sind die dabei gewonnenen Informationen jedoch unvollständig. In ihren Studien über ärztliche Methoden zur Gewinnung von Informationen über die Krankheit und die Sorgen der Patienten

ten wiesen Roter und Hall nach, dass geschlossene Fragen mit 46 % an der Spitze aller sprachlichen Reaktionen stehen, die eine Unterbrechung der Patientenaussagen zur Folge haben. Von insgesamt 52 Patienten, die mit einer offenen Frage aufgefordert worden waren zu erzählen, welche Probleme sie zu ihrem Arzt führten, wurden alle bei ihren einleitenden Äußerungen unterbrochen. Nur ein Patient konnte seine Ausführungen später zu Ende führen.

**Wenn der Arzt dem Patienten aber die Gelegenheit gibt, seine Geschichte in offener Form zu erzählen, und nur selten direktiv eingreift, kann dies zu einem besseren Verständnis der Erkrankung und der Frage, wie der Patient sie erlebt, beitragen, sowohl auf Seiten des Arztes wie des Patienten. Die aus der Darstellung der Geschichte gewonnenen Erkenntnisse und das Nachdenken darüber können den Austausch vertiefen, so dass sich eine nachhaltigere und sinnvollere Interaktion ergibt. (Roter/Hall 1992: 105)**

Empirische Ergebnisse unterstützen die Hypothese, dass eine Gesprächsführung, die den Patienten ermuntert, den ganzen Umfang seiner Beschwerden zu schildern, und seine aktive Teilnahme am Gespräch fördert, zu valideren Aussagen über das Problem, umfassenderen Datensätzen, größerer Patientenzufriedenheit, höherer Patienten-Compliance und besseren klinischen Ergebnissen führt (vgl. Lazare 1995: 9).

In den Fällen, in denen eine differenziertere Diagnostik angezeigt ist, muss jedoch ein krankheitszentrierter Ansatz gewählt werden. Zur Überprüfung einer Verdachtsdiagnose sind geschlossene Fragen angebracht und können sinnvoll eingesetzt werden. Sie sollen als Stichwörter für den Patienten dienen, damit der Arzt die benötigten Informationen erhält. Gordon empfiehlt Ärzten in diesem Fall, den Patienten den Sinn geschlossener Fragen, die nur bestimmte Antworten zulassen, zu erklären:

1. Arzt: Ich muss Ihnen jetzt ein paar Fragen stellen, damit wir herausfinden können, an welcher Art von Kopfschmerzen Sie leiden.
2. Arzt: Eine Prostatavergrößerung äußert sich auf verschiedene Weise. Deshalb muss ich Ihnen jetzt mehrere präzise und recht intime Fragen stellen, damit ich weiß, wie viele dieser Symptome bei Ihnen vorliegen.

Erklärungen dieser Art helfen dabei, ein patientenorientiertes Beratungsgespräch mit einem krankheitszentrierten Rahmen in Einklang zu bringen (vgl. Gordon 1995: 140).

Indem der Arzt begründet, warum er zeitweilig das Gespräch in die Hand nimmt, vermittelt er dem Patienten, dass er ihn respektiert und „auch weiterhin als aktiven Partner zu behandeln gedenkt“.

Gordon weist darauf hin, dass es jedoch auch Situationen gibt, in denen die genannten Kommunikationssperren weder die Kommunikation behindern noch der Beziehung schaden, nämlich wenn Arzt und Patient sachorientiert an einer gemeinsamen Lösung arbeiten (also eine „sachdienliche“ Beziehung aufgebaut haben), um mit der Erkrankung des Patienten umzugehen, und weder Arzt noch Patient Gefühle ausdrücken oder ein Problem schildern.

#### 4. Kommunikationstechniken

Um eine für beide Seiten zufriedenstellende Beziehung herzustellen, ist es erforderlich, bestimmte Verhaltensweisen und Fertigkeiten zu erlernen und auch zu verstehen, wann man sie anwendet und wann nicht. Mit anerkannten Kommunikationsmethoden kann der Arzt ein therapeutisches Klima schaffen, das die Grundlage wechselseitiger Kommunikation bildet.

Zu den Kommunikationstechniken, die dem Patienten Akzeptanz und Mitgefühl vermitteln, zählen das passive und aktive Zuhören. Mit Hilfe der Methode des aktiven Zuhörens, die auch als „Spiegelung von Gefühlen“ bezeichnet wird, erhält der Arzt einen tieferen Einblick in die soziale Situation des Patienten und dessen Gefühlswelt. Diese Technik hilft dem Arzt, schwer zu entschlüsselnde Botschaften des Patienten zu dekodieren. Aktives Zuhören hilft Patienten, über ihre Sorgen und Beschwerden zu reden und ihre Gefühle auszudrücken – wobei sie oft zu einem tieferen Verständnis ihrer Probleme gelangen und eigene Lösungsansätze entwickeln (vgl. ebenda). Diese vernehmende, hörende, empfangende ärztliche Grundhaltung beschreibt Dörner mit den Worten Martin Bubers „am Du zum Ich werden“ (2001: 44 f.).

Da drei Viertel aller zwischenmenschlichen Kommunikation nonverbal abläuft, ist es besonders wichtig, den Patienten auch nonverbal in seinen Kommunikationsversuchen zu unterstützen und ihn zu motivieren. Roter hat in ihren Untersuchungen nachgewiesen, dass die Fähigkeit von Ärzten, intendierte Emotionen nonverbal auszudrücken, mit der Zufriedenheit von Patienten in Verbindung steht. Aufmerksamkeitsbekundungen des Arztes vermitteln dem Patienten sein Interesse, sich auf den Patienten und seine Schilderungen einzulassen. Es sind im Wesentlichen Körperhaltungen, die auch als „lockere Gespanntheit“ bezeichnet werden, durch die der Arzt dem Patienten vermittelt, dass er ihm aktiv zuhört.

Kommunikationsexperten empfehlen Ärzten, dem Patienten auf gleicher Höhe gegenüberzusitzen und eine leicht vorgebeugte Körperhaltung in einem Abstand von etwa einem Meter einzunehmen. Erfahrene Zuhörer nicken oder schütteln den Kopf, wenn sie Betroffenheit empfinden (vgl. ebenda: 81).

Ein weiterer Bereich der Aufmerksamkeitsbekundungen ist der Blickkontakt. Umherschweifen im Raum, wiederholte Blicke auf die Armbanduhr oder ständiges Fixieren der Unterlagen beim Mitschreiben sind zu vermeiden. Routinierte Therapeuten empfehlen eine Sitzanordnung über Eck oder nebeneinander (siehe hierzu Geisler 1987: 37 ff.).

Bei den Methoden des einführenden Zuhörens werden zwei Techniken unterschieden: Passives Zuhören und Aktives Zuhören.

Passives Zuhören gibt Patienten Zeit, sich zu überlegen, was sie als Nächstes sagen wollen. Da Schweigen den Nachteil hat, dass es dem Patienten nicht genügend Sicherheit gibt, richtig verstanden worden zu sein, empfehlen Kommunikationsexperten, die Kommunikation interaktiver zu gestalten und nichtwertende Kommentare wie „Ich verstehe“, „Ah ja“ oder „Oh“ einzustreuen. Denkbar sind auch bestärkende Formulierungen wie : „Ich verstehe, was sie meinen“ – „Ja, sicher“ – „Interessant“ – „Tatsächlich“ oder Ähnliches. Da der Patient trotz solcher Kurzkomentierungen nicht immer genau erkennen kann, ob seine Botschaft so verstanden wurde, wie sie gemeint war, verspricht eine andere Form des Verstehens in schwierigen Kommunikationssituationen mehr Erfolg.

Das aktive Zuhören ist eine von Therapeuten und Psychologen seit den vierziger Jahren angewandte Methode, die drei wichtigen Zielen dient :

- der Bestätigung, dass der Zuhörer die empfangene Botschaft verstanden hat
- der Übermittlung von Empathie und Akzeptanz an den Sender
- der Förderung der Mitteilungsbereitschaft des Senders sowie der Vertiefung der Kommunikation.

Im Zentrum dieser Methode, die als " die einfühlende und nicht wertende Reflexion von Gefühlen" bezeichnet wird, steht die Aufnahme der Erfahrungen eines anderen Menschen im Gegensatz zur Projektion eigener Gefühle auf einen anderen (vgl. ebenda: 87). Kommunikationstheoretisch gesprochen handelt es sich hierbei um eine Art der Metakommunikation, die Verständigung über Kommunikation (siehe hierzu auch S. 48).

Der Patient will dem Arzt seine Gedanken vermitteln. Mit den Worten, die er für seine Nachricht auswählt, legt er eine Art Kode fest. Nehmen wir an, der Patient sagt: „ Ich muss immer daran denken, dass es Krebs sein könnte.“ Der Empfänger, in diesem Fall der Arzt, muss die Nachricht dekodieren. Da der Empfänger nicht mit absoluter Sicherheit erfassen kann, was in den Gedanken des Patienten vor sich geht, hat das Dekodierungsverfahren des Empfängers normalerweise den Charakter einer begründeten Vermutung. Um die Dekodierung zu überprüfen, schickt der Arzt die dekodierte Nachricht an den Patienten zurück, indem er zum Beispiel erwidert: „Sie sind wirklich in Sorge, dass es sich bei dem Knoten um Krebs handelt.“

Anstatt eine neue Botschaft zu schicken, die vermittelt, was er denkt, reflektiert der Arzt spiegelbildlich allein das, was der Patient seiner Meinung nach dachte. Der Patient kann nun die Richtigkeit des Feedbacks bestätigen, modifizieren oder verwerfen.

Um die persönlichen Gedanken und Gefühle seines Patienten in ihrer Unverwechselbarkeit zu verstehen, muss der Arzt eigene Gedanken und Gefühle zurückdrängen und

seine Sicht der Dinge ausblenden. Aus der Reaktion des Patienten auf das ärztliche Feedback kann der Arzt schließen, ob er den Patienten richtig verstanden hat und auf diesem Wege allmählich Kompetenz erlangen. Hat er den Patienten nicht richtig verstanden, wird dieser das Feedback des Arztes mit Äußerungen wie „Nein, so meine ich das nicht“, „Nicht ganz“, „Sie haben mich nicht verstanden“ korrigieren. Der Patient wird automatisch eine weitere Botschaft abschicken und dem Sender so eine zweite Chance geben, ihn zu verstehen, was die Einarbeitung in das aktive Zuhören erleichtert.

Eindeutig kodierte Nachrichten, die rein rationale oder informationsbezogene Botschaften enthalten wie „Die Schmerzen treten immer in meiner rechten Schulter auf“ erfordern kein Feedback. Enthält eine Äußerung jedoch emotionale Elemente wie Angst, Frustration, Enttäuschung oder Hilflosigkeit ist es wichtig, diese durch aktives Zuhören für den Patienten erkennbar wahrzunehmen.

Mit Hilfe des aktiven Zuhörens kann der Arzt seine Anteilnahme zum Ausdruck bringen. Empathie als Kommunikationstechnik einzusetzen, bedeutet zu lernen, tieferes Verständnis für den Patienten zu entwickeln (siehe hierzu auch Coulehan 1997: 28 ff.).

Ob ein Patient ärztlichen Rat annimmt, hängt stark davon ab, wie er die Empathie des Arztes für seine Krankheit und damit zusammenhängende Sorgen wahrnimmt (vgl. Gordon 1995: 89).

Der Arzt sollte offene Fragen stellen und die Gefühlsäußerungen des Patienten diesem zurückspiegeln. Ob die Gesprächstechnik effektiv eingesetzt wird, zeigt sich daran, wie sehr die Reaktionen des Arztes die Redebereitschaft des Patienten stimulieren und seine Beiträge vertiefen. Dem Arzt liefert diese Methode ein Höchstmaß an Informationen. Indem er den Patienten zu mehr Selbstöffnung motiviert, erhält er einen besseren Einblick in die soziale Situation des Patienten und dessen Gefühlswelt. So erfährt er mehr über die Ursachen der Beschwerden. Nachdem das eigentliche Problem zur Sprache gebracht wurde, kann der Arzt zu den Standard-Fragetechniken der Anamnese zurückkehren, um mehr diagnostische Einzelheiten in Erfahrung zu bringen.

Bedenken auf ärztlicher Seite, dass die Methode des aktiven Zuhörens zuviel Zeit in Anspruch nehme und Patienten ermuntere, länger als notwendig zu reden und so langwierige Klärungsprozesse erforderlich mache, begegnen mit dieser Methode vertraute Mediziner mit dem Argument, dass der Einsatz dieser Kommunikationstechniken auf lange Sicht Zeit sparen hilft (vgl. Ripke 1994).

Wesentliche Dinge werden herausgearbeitet und angesprochen. Die Persönlichkeitsstruktur des Patienten wird erkennbar. Eine individuelle Behandlung mit mehr Verständnis auf Seiten des Patienten kann infolgedessen stattfinden.

Psychologische und soziale Probleme sowie Anpassungsschwierigkeiten können im Gesamtzusammenhang der medizinischen Betreuung richtig eingeordnet werden.

Die Technik des aktiven Zuhörens kann auch sinnvoll in Kommunikationssituationen eingesetzt werden, in denen Patienten verbale oder nonverbale Botschaften senden, die so stark verschlüsselt sind, dass der Empfänger es als schwierig empfindet, sie zu dekodieren. Dazu zählen nonverbale Reaktionen von Patienten wie (vgl. Gordon 1995: 99) plötzliches (unkommunikatives) Verstummen, Veränderung des Gesichtsausdrucks, Abwenden des Blicks, nach unten blicken, nervös oder unruhig werden, eine Handbewegung machen, traurig, niedergeschlagen aussehen oder das Essen auf dem Tablett nicht anrühren. Auch bei inkongruenten Patientenbotschaften fungiert das aktive Zuhören als Metakommunikation und hilft das Problem sprich die Intention des Patienten tiefer zu ergründen (siehe hierzu auch S. 48).

Gordon und Edwards empfehlen Ärzten, Botschaften dieser Art, nicht zu ignorieren, sondern darauf mit Verständnis und Akzeptanz zu reagieren. Mit Äußerungen der folgenden Art „Sie scheinen verärgert (besorgt, traurig etc.), nicht wahr?“, „Gibt es irgend etwas, das Sie beunruhigt?“, „Etwas nicht in Ordnung?“ können Ärzte eine Selbstöffnung des Patienten in Gang zu setzen und mehr über die Gründe für das Verhalten ihrer Patienten erfahren und entsprechend reagieren.

Aktives Zuhören trägt dazu bei, eine Vielzahl von Missverständnissen zu vermeiden, indem es den Kommunikationsvorgang verkürzt und abrundet. Die Gesprächsbereitschaft wird angeregt und Patienten werden ermutigt, die Lösung ihrer Probleme selbst in den Griff zu nehmen, weil sie sich im Gespräch über ihre Situation bewusst werden, anstatt sich nur in Gedanken damit zu beschäftigen. Anders als bei der Erteilung von Ratschlägen vermittelt aktives Zuhören, dass der Arzt nicht die Verantwortung für die Lösung des Patientenproblems übernimmt.

Die Voraussetzung für eine kooperative Beziehung, die den Bedürfnissen und Erwartungen beider Seiten gerecht wird, ist eine ehrliche, direkte und beiderseitige Offenheit in bezug auf die eigene Person. Selbstöffnung verläuft reziprok in Beziehungen (vgl. Gordon 1995: 149, siehe hierzu auch Kapitel V. Abschnitt 4. *Die pragmatischen Wirkungen von Kommunikation*).

Der Arzt kann, indem er etwas von seiner eigenen Persönlichkeit preisgibt, den Patienten zur Selbstöffnung ermutigen. Der Arzt erfährt mehr über den Patienten und erhält für Diagnose und Behandlung relevante und wichtige Informationen, die er sonst nicht erfahren hätte. Die wirkungsvollste Methode der Selbstöffnung ist die Ich-Botschaft. Der Mediziner setzt sie ein, (1) um seine Ansichten und Überzeugungen auszudrücken,

(2) um ehrlich auf Bitten oder Forderungen der Patienten zu antworten, (3) um zukünftige Probleme von vornherein zu vermeiden und (4) um Patienten zu veranlassen, Verhaltensweisen abzulegen, die für den Arzt ein Problem darstellen.

Am effektivsten und ungefährlichsten sind selbstöffnende Botschaften, die nur eigene Gedanken, Gefühle und Bedürfnisse enthalten. Da diese Art von Botschaften häufig das Pronomen „Ich“ enthalten, werden sie als „Ich-Botschaften“ bezeichnet. Gordon unterscheidet vier Arten von Ich-Botschaften: die aussagende, die antwortende, die vorbeugende und die konfrontierende.

**Aussagende Botschaften** wie „Ich bin ziemlich erschöpft, weil ich heute Nachtdienst hatte.“ übermitteln Grundlegendes wie eigene Grundsätze, Ideen, Vorlieben oder Meinungen.

Wenn man bereit ist, eine Bitte zu erfüllen, gibt es kaum Probleme. Jemandem einen Wunsch abzuschlagen, bereitet den meisten Menschen dagegen eher Schwierigkeiten. Wenn der Arzt aber lernt, mit einer **Antwortenden Ich-Botschaften** zu reagieren, fällt es ihm leichter, einen negativen Bescheid auf eine Patientenbitte zu geben wie z.B. „Ich habe kein gutes Gefühl dabei, Ihnen noch mehr Schlaftabletten zu geben; ich mache mir Sorgen, dass Sie davon zu abhängig werden.“ (Gordon 1995: 155)

**Vorbeugende Ich-Botschaften** wie „Ich möchte Sie um etwas bitten: Schreiben Sie bis zu unserem nächsten Termin alle Fragen auf, die Ihnen inzwischen eingefallen sind, damit Sie behalten, was Sie von mir wissen wollen.“ sind geeignet, einen Konflikt oder ein Problem zu verhüten. Der Sender übermittelt dem Empfänger, er möge etwas tun, um ein zukünftiges Problem zu verhindern.

**Konfrontierende Botschaften** kann der Arzt einsetzen, wenn das Verhalten eines Patienten ihn vor ein Problem stellt, das es ihm unmöglich macht, seine eigenen Aufgaben zu erfüllen. Sie bewirkt im Idealfall eine Verhaltensänderung des Patienten, trägt zur Bedürfnisbefriedigung des Arztes bei, bewahrt die Selbstachtung des Patienten und garantiert die Aufrechterhaltung der Beziehung zwischen Arzt und Patient. Die konfrontierende Ich-Botschaft gliedert sich in drei Komponenten, die vom Arzt präzise formuliert werden müssen:

1. Das problematische Verhalten des Patienten ohne Schuldzuweisungen beschreiben
2. Dem Patienten aufzeigen, welche Auswirkungen sein Verhalten hat
3. Dem Patienten die eigenen Gefühle vermitteln

„Ohne Gefühle ist eine Ich-Botschaft nur kalt und logisch“ ( Gordon 1995: 176).

Die Gefühle des Arztes vermitteln dem Patienten, wie sehr der Arzt auf dessen Hilfe angewiesen ist. Inneres Erleben und äußerer Ausdruck müssen zusammenpassen. Kongruenz verleiht der Botschaft Glaubwürdigkeit und ist Gordon zufolge der ausschlaggebende Faktor für den Erfolg einer Ich-Botschaft (vgl. ebenda 177).

Bei genauer Betrachtung dieser Kommunikationssituation erkennt man, dass es sich bei einer Ich-Botschaft in diesem Sinn um einen Appell an die Hilfsbereitschaft des Interaktionspartners handelt. Die konfrontierende Ich-Botschaft deutet weder eine Lösung an noch schreibt sie dem Patienten eine vor. Sie soll den Patienten dahingehend beeinflussen, die Verantwortung für sein Verhalten zu übernehmen. Der Patient hat die Wahl, sein Verhalten zu ändern oder nicht. Bei Gordon findet sich u.a. das folgende Beispiel für eine präzise formulierte dreiteilige konfrontierende Ich-Botschaft.

Arzt: Ich habe da ein Problem, über das ich mit Ihnen sprechen möchte. Wenn Sie nicht in der Praxis Bescheid geben, dass Sie ihren Termin nicht wahrnehmen können, ärgere ich mich, weil wir dann keine Möglichkeit haben, ihren Termin einem anderen Patienten zu geben.

Wenn der Arzt erkennt, dass seine Ich-Botschaft zu einem Problem beim Patienten geführt hat, empfiehlt der Autor, auf eine Haltung des verständnisvollen Zuhörens zurückzuschalten. Der Arzt signalisiert dem Patienten damit, dass er versteht und akzeptiert, warum es für den Patienten schwierig ist, etwas anders zu machen als bisher, so wird es diesem leichter fallen, sich zu ändern.

Das von Gordon entwickelte Konzept des Problembesitzes hilft dem Arzt zu unterscheiden, welches die geeignete Kommunikationsmethode zur Lösung ist. Stellt das Verhalten des Patienten für den Arzt ein Problem dar, sind Ich-Botschaften indiziert. Hat der Patient ein Problem, sollte der Arzt durch aktives Zuhören Verständnis und Empathie kommunizieren.

Psychologen beurteilen Konflikte positiv, weil sie eine offene Kommunikation in Gang setzen, Überzeugungen bewusst machen und zu neuen Einsichten und Formen der Verständigung führen. Die gemeinsame Suche nach einer Lösung befruchtet die Beziehung (vgl. ebenda: 203). Ungelöste Konflikte können eine Beziehung nachhaltig schädigen. Ärzte können eine Abneigung gegen bestimmte Patienten entwickeln. Unzufriedene Patienten beenden im Gegenzug die Arzt-Patient-Beziehung, indem sie den Arzt wechseln oder im schlimmsten Fall ihren Arzt wegen „Behandlungsfehlern“ verklagen.

Nachdem Sinn und Zweck einzelner Kommunikationstechniken wie Fragen mit offenem Ausgang, Aufmerksamkeit bekunden, passives und aktives Zuhören sowie Selbstöffnung erläutert worden sind, soll im folgenden Kapitel deren Wirkung auf die Arzt-Patient-Beziehung insgesamt beschrieben werden.