

Gespräche mit Patienten und deren Angehörigen

Renate Tewes

R. Tewes, *Einfach gesagt*,
DOI 10.1007/978-3-662-44360-6_2,
© Springer-Verlag Berlin Heidelberg 2014

➤ Kommunikation ist eine wichtige Schlüsselqualifikation!

Für die Mitarbeiter sämtlicher Berufsgruppen im Gesundheitswesen zählt die Kommunikation zu den Schlüsselqualifikationen. Die Kommunikation wird gar als Erfolgsfaktor in der Medizin bezeichnet [18]. So bildet die Kommunikation auch in therapeutischen Fachberufen eine entscheidende Grundlage für die Therapie.

2.1 Beziehungsarbeit ist professionelle Kommunikation

» Der zwischenmenschliche Raum sollte mehr sein als eine Abstellkammer. (Ernst Ferstl)

Die Beziehung zwischen den Gesprächspartnern wirkt sich entscheidend auf die Art und Weise aus, wie sie verbal miteinander umgehen. Deshalb gehört die sog. Beziehungsarbeit zur professionellen Kommunikation dazu und bildet die Grundlage einer jeden therapeutischen Tätigkeit. So bestimmt eine vertrauensvolle Beziehung zwischen

Therapeut und Klient/Patient maßgeblich den Behandlungserfolg.

Oft spielt die erste Begegnung eine wichtige Rolle beim Aufbau einer professionellen Arbeitsbeziehung (■ Abb. 2.1).

■ Fallbeispiel unprofessioneller Kommunikation

Aller Anfang ist schwer...

Herr Schubert (48) wird nach einer Kreuzbandplastik zur Anschlussheilbehandlung in eine Rehaklinik überführt. Die Physiotherapeutin Irina Bloch holt Herrn Schubert aus seinem Stationszimmer zur ersten Behandlung ab. Sie steht unter Zeitdruck, da eine Kollegin sich heute krank gemeldet hat und sie einige Patienten übernehmen muss. Irina Bloch steuert auf den Stationspfleger Karl zu, der neben Herrn Schubert, welcher sich im Rollstuhl befindet, steht.

Irina Bloch: »Na, Karl, was hasten Schönes für mich?«.

Karl: »Hi Irina. Is nix Wildes.«, er überreicht ihr die Unterlagen.

»Z.n. Kreuzbandplastik. Verdacht auf Infektion konnte nicht bestätigt werden. Ist vor drei Stunden gekommen. Sollt ihn euch wegen der immer noch starken Beweglichkeitseinschränkung ansehen.«.

Irina Bloch: »Gut, dann wollen wir mal!« und wirft einen Blick auf Herrn Schubert und dann zu Karl, »Tschüß Karl!«.

Karl: »Tschüß, Irina!«.

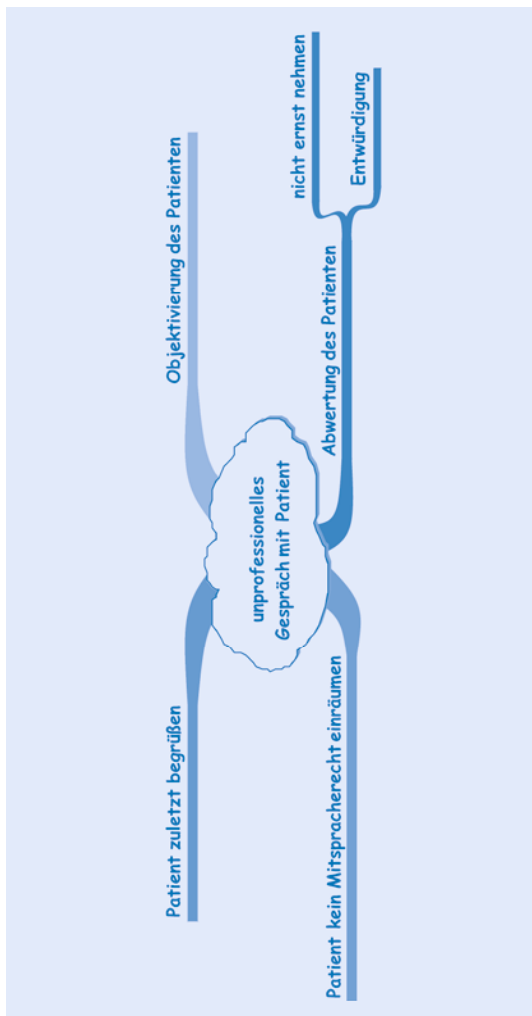
Irina Bloch: (wendet sich Herrn Schubert zu) »Ich bin Irina- ihre Physiotherapeutin. Guten Tag.«.

Herr Schubert: »Guten Tag.«.

Irina Bloch: (schaut in die Unterlagen) »So, Herr Schubert, ich nehme Sie jetzt mal mit in die Physiotherapieabteilung und dann sehen wir weiter.«.

Herr Schubert: »Hören Se mal. Das schaffen Se doch gar nicht alleine. Ich kann auch zu Fuß gehen und dann schieben wir den Rollstuhl zusammen.«.

Irina Bloch: »Nix da! Sie bleiben sitzen. Ich kriege das schon hin. Ist ja nicht der erste Rollstuhl, den ich schiebe.«.



■ Abb. 2.1 Mindmap: »Unprofessionelles Gespräch«

■ ■ Analyse der ersten Begegnung zwischen der Physiotherapeutin Frau Bloch und dem Patienten Herrn Schubert

Auf den ersten Blick ist dieses ein ganz normales Übergabegespräch, wie es täglich in Kliniken stattfinden mag. Bei genauerer Betrachtung ist dieses Gespräch an vielen Stellen unprofessionell. Als »schlechtes Beispiel« lässt sich aus dieser Kommunikation viel lernen:

- Die Aufmerksamkeit der Physiotherapeutin Irina Bloch gilt zunächst dem Stationspfleger. Das ist soweit okay. Da der Patient jedoch ansprechbar und munter ist, sollte die Begrüßung von Herrn Schubert mit einbezogen werden und nicht erst, nachdem Karl sich verabschiedet hat.
- Mit dem Satz »Na, Karl, was hasten Schönes für mich!« wird der Patient wie ein Objekt behandelt. Frau Bloch fragt nicht, »wen Karl für sie hat«, sondern »was er für sie hat«. Das ist der erste Schritt zur Entwürdigung eines Menschen.
- Die Reaktion von Karl verschärft die Abwertung von Herrn Schubert. »Hi Irina. Is nix Wildes. Z.n. Kreuzbandplastik. Verdacht auf Infektion konnte nicht bestätigt werden....« Karl stellt nicht Herrn Schubert vor, sondern seine Diagnose. Die Worte »Is nix Wildes« mag vielleicht zum Ziel haben Frau Bloch direkt und Herrn Schubert indirekt zu beruhigen, doch gleichzeitig können die Worte auch abwertend verstanden werden, im Sinne von »Herr Schubert ist nicht der Rede wert«. Wie wenig ihm Herr Schubert bedeutet, wird an der kurzen Übergabe deutlich, die ausschließlich an Frau Bloch gerichtet ist, sowie der Tatsache, dass Karl sich nicht von Herrn Schubert verabschiedet.
- Erst nachdem Karl gegangen ist wendet sich Frau Bloch ihrem Patienten zu und stellt sich mit »Irene, ihre Physiotherapeutin« vor. Einerseits beklagt sich die Be-

rufsgruppe der Physiotherapeuten wegen des teilweise fehlenden Respekts, wie sie z.B. Ärzten entgegen gebracht wird und andererseits präsentiert sie sich vertraulich mit dem Vornamen. *Nomen est Omen* heißt es im Lateinischen. Damit ist gemeint, dass der Name eine Bedeutung hat und somit eine Wirkung.

Die Ansprache mit dem Vornamen wird von einigen Therapeuten als persönlicher und beziehungsnaher beschrieben, kann es jedoch zugleich erschweren, eine gesunde Distanz zum Patienten und anderen Gesundheitsberufen aufrecht zu erhalten. Eine Anrede mit »Frau und Nachname« hilft nicht nur auf dem Weg der Professionalisierung, sondern muss auch als Teil der Fachsprache verstanden werden.

- Letztlich kündigt Frau Bloch Herrn Schubert an, dass sie ihn nun mit in die Physiotherapieabteilung nehmen wird. Doch an dieser Stelle traut er der Physiotherapeutin scheinbar nicht zu, dass sie ihn mit dem Rollstuhl allein transportieren kann. Er will aufstehen und seinen Rollstuhl selbst schieben. Diese Reaktion kann verschiedene Gründe haben. Hier können wir nur Vermutungen anstellen:
 - Die Behandlung von Herrn Schubert als Objekt kann von ihm als Degradierung erlebt werden, bei dem seine Selbstbestimmung in Frage gestellt wird. Um dieses Ungleichgewicht auszubalancieren, bietet er seine Mithilfe an.
 - Allein die Tatsache, von einer Frau in einem Rollstuhl über die Klinikflure geschoben zu werden, kann das Gefühl der Hilflosigkeit aufkommen lassen, dem Herr Schubert versucht, entgegen zu wirken.
 - Das Nicht-Einbeziehen von Herrn Schubert in die Kommunikation löst bei ihm mindestens eine Verunsicherung aus und kann aber auch zur Angst führen.

- Die Reaktion von Frau Bloch auf das Angebot von Herrn Schubert mit »Nix, da! Sie bleiben sitzen...!« ist abweisend und dominierend. Sie gibt Herrn Schubert keine Chance, seine Autonomie wieder herzustellen. Er bleibt hier eindeutig der Unterlegene. Ein solches Gefühl ist für Männer oft nicht leicht auszuhalten und wird nicht selten entwürdigend erlebt.

2.1.1 Objektivierung von Patienten und therapeutisches Selbstbewusstsein: Ein gefährliches Zusammenspiel

In Anlehnung an die renommierte Pflegewissenschaftlerin Jean Watson, die einen gefährlichen Zusammenhang zwischen der Objektivierung von Patienten und dem Selbstbewusstsein von Pflegefachkräften sieht, lassen sich ihre Beobachtungen auch auf Angehörige anderer Gesundheitsfachberufe übertragen.

Im ersten Schritt wird der Patient als Objekt behandelt und damit abgewertet. Durch die Abwertung des Patienten erfolgt eine unbewusste Abwertung der eigenen Tätigkeit, die ja auf den Patienten ausgerichtet ist. Durch die Abwertung der eigenen Tätigkeit wird letztlich auch die eigene Person abgewertet, was dann schließlich zu einem Mangel an Selbstbewusstsein führt [31]. Das geschieht in aller Regel unbewusst.

Danach verfügen medizinische Fachkräfte, die ihre Patienten respekt- und würdevoll behandeln, weniger über Selbstwertprobleme als solche, die ihre Patienten zum Objekt machen.

2.1.2 Verunsicherung und Angst bei der Aufnahme: oft bagatellisiert

Die Aufnahme in ein Krankenhaus oder eine Klinik gehört bei den wenigsten Menschen zu einer Routine, geschweige denn zu einem freudigen Ereignis. Die ungewohnte Umgebung mit all ihren Geräuschen, Gerüchen und Fachvokabeln lösen nicht selten Verunsicherung beim Patienten aus. Die Symptome der Krankheit, die vielleicht mit Schmerzen oder einer unklaren Diagnose oder Prognose verbunden sind, können leicht Angst auslösen.

Allerdings werden Aussagen von Patienten, die auf diese Ängste hinweisen, oft überspielt, übersehen oder nicht ernst genommen. Im therapeutischen Alltag gibt es viele Beispiele für ein solch abwehrendes Verhalten. So kommt es nicht selten vor, dass bei der Befundaufnahme ein Patient gefragt wird, ob er z.B. seiner Körperpflege selbst nachkommen kann. Der Patient sagt darauf: *»Ja, bis jetzt noch. Ja, solange ihr mich noch nicht in der Mache gehabt habt.«*. Darauf lacht der Therapeut und fragt *»Was macht denn das Herz und der Kreislauf?«*.

Wenn Patienten Ängste äußern ist das Ablenken, Herunterspielen oder Überhören des Themas ein häufiger Mechanismus im Gesundheitswesen. Ein proaktiver und offener Umgang mit Patientenängsten ist eher selten. Ein wesentlicher Grund für die Unterbewertung von Ängsten liegt in der Überbewertung des Körperlichen im Gesundheitswesen. Psychischen Aspekten wird außerhalb von Psychiatrien zumeist weniger Bedeutung beigemessen. Deshalb werden Gesundheitsfachberufe in ihren Ausbildungen auch nicht systematisch auf den Umgang mit Angst vorbereitet. Obwohl diese Situationen im beruflichen Alltag häufig vorkommen, werden sie selten von Mitarbeitern der Gesundheitsfachberufe als eine Übungsmöglichkeit gesehen. Da wird eher erwartet, dass der Patient seine Ängste selbst in den Griff bekommt und das Personal nicht damit belästigt [20].

Ein professioneller Umgang mit Patientenängsten ist von Bedeutung, da ängstliche Menschen dazu neigen, Dinge misszuverstehen, was die weitere Kommunikation negativ beeinflusst. Außerdem wirkt Angst sowohl der Hoffnung als auch der Heilung entgegen, die ja das eigentliche Ziel einer Behandlung ist.

2.1.3 Erste Begegnung

» Es sind die Begegnungen mit Menschen die das Leben lebenswert machen. (Guy de Maupassant)

Die erste Begegnung zwischen Patient und Therapeut ist oft ein besonderer Moment für beide. Wie im folgenden Fallbeispiel sind Patienten zu Beginn ihrer Behandlung oft verunsichert. Insbesondere dann, wenn diese vielleicht auch noch mit einem Krankenhausaufenthalt verbunden ist und zudem die Einweisung überraschend kam. Doch auch für regulär aufgenommene Patienten und welche, die sich aufgrund einer ärztlichen Verordnung in einer ambulanten Therapieeinrichtung angemeldet haben, ist diese Situation mit Verunsicherungen verbunden: »Was wird man an meinem Körper finden? Wie werde ich damit leben können? Wird man mich gut behandeln? Wird man mir überhaupt helfen können? Wie wird mein Therapeut sein? Habe ich alles mit, was ich brauche? Mit wem werde ich ggf. das Zimmer teilen?«. So ist die erste Begegnung geprägt durch:

- Unsicherheit,
- unklare Erwartungshaltung,
- Kontaktaufnahme,
- Anrede und Vorstellung.

➤ Ein kleines Lächeln im Erstkontakt kann große therapeutische Wirkung haben!

■ Fallbeispiel einer professionellen Kommunikation

Jedem Anfang liegt ein Zauber inne

Die 84jährige Frau Hansen wird mit einer Oberschenkelhalsfraktur von ihrem Nachbarn in ein Bremer Krankenhaus eingeliefert und dort noch am gleichen Tag operiert. Am nächsten Morgen betritt die zuständige Physiotherapeutin Sabrina Blohm das Zimmer von Frau Hansen, während ihr Nachbar gerade einen Kaffee trinken gegangen ist.

Sabrina Blohm: »Moin, Moin«, sie lächelt Frau Hansen an, »wen ham wa denn da?«.

Frau Hansen: »Moin«.

Sabrina Blohm: »Ich heiße Sabrina Blohm und bin ihre Physiotherapeutin. Und Sie sind (sieht in ihre Unterlagen), ah, Sie sind Frau Hansen, nech?«.

Frau Hansen: »Ja, stimmt (mit aufgeregter Stimme), ich bin gestern früh vorm Haus hingefallen. Dabei wollte ich doch nur den Müll rausbringen. Aber es war so glatt und denn war's zu spät, nech.«.

Sabrina Blohm: »Oh, je, da ham se wohl gar nicht mit gerechnet, was?«.

Frau Hansen (mit tränenunterdrückter Stimme): »Un nächste Woche is Weihnachten. Da wollte ich doch zun Kinern.«.

Sabrina Blohm: »Na, da ham Se aber Glück, dass gestern noch operiert wurden. Und wir werden hier alles tun, dass bald wieder auf die Beine kommen und Weihnachten beim Kinern sind, nech?«.

Frau Hansen: »Na, Ihr Wort in Gottes Gehör.«.

Sabrina Blohm: »Sie trauen mir wohl nicht, Frau Hansen?«.

Frau Hansen: »Doch, doch, aber man weiß es ja noch nicht.«.

Sabrina Blohm: »Sehen Sie, Frau Hansen, bei dieser Operation bleiben die Patienten üblicherweise 7–9 Tage bei uns. Und Heilig Abend ist genau in 9 Tagen. Warum sollten Sie also länger bei uns bleiben, als andere Patienten?«.

Frau Hansen (irritiert aber erleichtert): »Is das so?«.

Sabrina Blohm (hebt zwei Finger in die Luft und grinst verschmitzt): »*Ich schwöre, Frau Hansen. Das is wirklich so.*«.

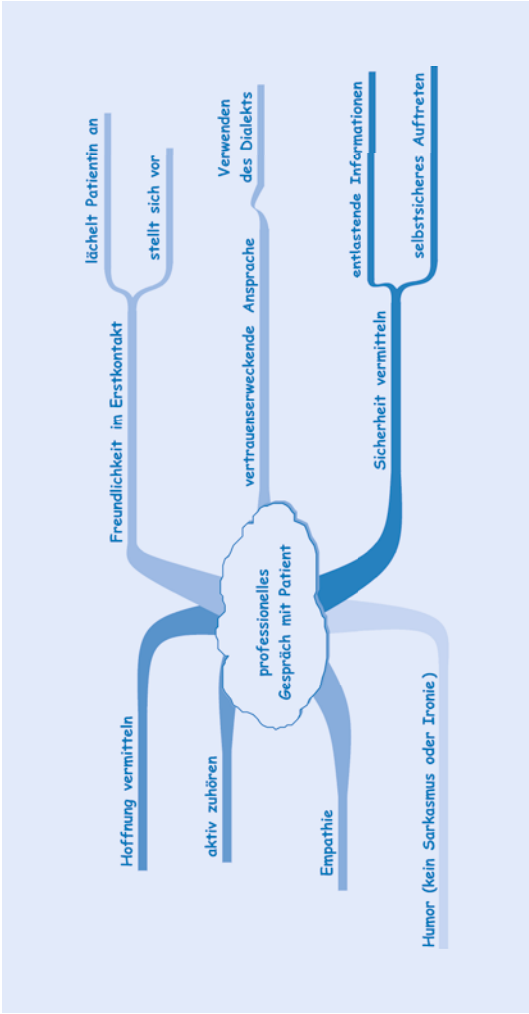
Frau Hansen (atmet erleichtert aus): »*Danke!*«.

■ ■ Analyse des Gesprächs zwischen der Physiotherapeutin Sabrina Blohm und der Patientin Frau Hansen

Auch wenn dieses Gespräch für Nichtbremer etwas befremdlich klingt, ist es doch insgesamt recht gelungen (■ Abb. 2.2). So ist die Ansprache mit »*Moin, Moin!*« in Norddeutschland üblich, ähnlich dem »*Grüß Gott!*« in Bayern. Gerade für Menschen, die in Norddeutschland leben, ist das in der Regel vertrauenserweckend. Ebenso wie das Beenden eines Satzes mit »*nech*« einer Kurzform für ein um Bestätigung ersuchendes »*nicht wahr?*«. Die nonverbale Kontaktaufnahme von Frau Blohm (anlächeln der Patientin) mag routinierte Freundlichkeit sein, hat jedoch zumeist eine therapeutische Wirkung, die Sicherheit vermittelt. Und genau dieser Effekt ist im Erstkontakt erwünscht.

Im ersten Gespräch zwischen Gesundheitsmitarbeitern und Patienten werden häufig Informationen gesammelt. Die Ärzte und Therapeuten sprechen dabei von Anamnese, Pflegefachkräfte von Erstgespräch und Case-Manager von Assessment. Um an diese Informationen zu kommen ist es wichtig, Vertrauen und Sicherheit zu schaffen. Da für die Mitarbeiter einer Klinik oder anderen Therapieeinrichtungen diese Gespräche zur Routine gehören, machen sie sich oft nur wenig bewusst, wie sehr diese Infosammlung durch die Beziehungsebene beeinflusst wird.

In unserem Fallbeispiel traut sich Frau Hansen auch sofort, die Physiotherapeutin mit ihren Sorgen und Selbstvorwürfen zu belasten. Das kann als ein Zeichen von Vertrauen verstanden werden. Frau Blohm geht auf das Gesprächsangebot ein (»*Aber es war so glatt und denn war's zu spät, nech?*«), indem sie sagt: »*Oh, je, dam ham se wohl gar nicht*



■ Abb. 2.2 Mindmap: »Professionelles Gespräch«

mit gerechnet, was?«. Dieser Satz ist hier von großer Bedeutung, weil er so vieles gleichzeitig signalisiert:

- Ich höre Ihnen zu.
- Der Unfall hat Sie überrascht und aus dem Konzept gebracht.
- Ich verstehe Ihre Aufregung.

Mit diesem Satz fühlt sich Frau Hansen so sehr verstanden, dass sie sich nun traut, ihre eigentliche Angst zum Ausdruck zu bringen, nämlich die Sorge, Weihnachten nicht mit ihren Kindern verbringen zu können.

Auch die nächste Reaktion der Physiotherapeutin Frau Blohm muss als professionell bewertet werden. Hier noch mal der Wortlaut: *»Na, da ham se aber Glück, dass gestern noch operiert wurden. Und wir werden hier alles tun, dass bald wieder auf die Beine kommen und Weihnachten beim Kinern sind, nech?«*. Auch dieser Satz vereint viele Signale und Ebenen des Wissens:

- Die Situation wird positiv bewertet und die schnelle Operation mit Glück bezeichnet. Diese Technik, eine scheinbar negative Situation in eine positive umzudeuten wird **Reframing** genannt (► Abschn. 2.1.5).
- Es wird Unterstützung zugesichert, damit die Genesung schnell voran geht. Damit ist Frau Hansen nicht allein, sondern bekommt Hilfe.

Doch die Unsicherheit der Gesamtsituation ist für Frau Hansen derart belastend, dass Sie den Worten ihrer Physiotherapeutin nicht ganz traut. Die Reaktion *»Na, Ihr Wort in Gottes Gehör!«* bedeutet so viel wie: *»Nur Gott weiß, was passieren wird.«*. Dieses Misstrauen wird von Frau Blohm aufgegriffen (*»Sie trauen mir wohl nicht, Frau Hansen?«*). Damit spricht sie zum einen die emotionale Ebene des Satzes an, mit dem sich Frau Hansen auf Gott beruft (Sie sind misstrauisch.) und zum anderen die Beziehungsebene der beiden (Sie miss-

trauen mir.). Diesem Misstrauen begegnet sie dann professionell mit Fachinformationen zur üblichen Aufenthaltsdauer bei diesem Eingriff. Mit dem abschließenden »*Warum sollten Sie also länger bei uns bleiben, als andere Patienten?*« unterstreicht sie die Regelmäßigkeit dieser Behandlung und vermittelt zusätzlich Sicherheit. Hier sind es Fachwissen und Erfahrung, welche die Grundlage für den Optimismus bieten, dass Frau Hansen Weihnachten mit ihren Kindern verbringen kann. Damit vermittelt Frau Blohm **Hoffnung**, was eine wesentliche Qualität von Mitarbeitern im Gesundheitswesen ist.

Mit der Geste des »Schwörens« (zwei Finger in die Luft) und dem verschmitzten Lächeln wechselt Frau Blohm nun auf eine humorvolle Ebene. Wenn genug Vertrauen aufgebaut ist, wird der humorvolle Umgang oft als Erleichterung oder Entlastung erlebt.

➤ Das gilt nicht für schwarzen Humor oder Sarkasmus!

In der Gesprächsführung muss der Einsatz von wirksamen **Humor als große Kunst** verstanden werden. Der tragische Umstand eines Unfalls und die bevorstehende Operation machen Ängste verständlich. Auch die Sorge, Weihnachten nicht zu den Kindern zu können, kann hier eine symbolische Bedeutung haben, nämlich das Alleinsein (ohne ihre Kinder) im Krankenhaus. Wer die Kunst des Humors beherrscht, hat damit gegen diese »emotionale Schwere« ein wirksames Instrument [4].

2.1.4 Beziehung zum Patienten

Da die Beziehungsebene in der Kommunikation einen entscheidenden Einfluss auf das Gespräch hat, ist es wichtig, die Beziehung zum Patienten bewusst zu gestalten. Aus dem ersten »unprofessionellen« Beispiel mit der Therapeutin

Frau Bloch und ihrem Patienten Herrn Schubert können wir lernen, was beim Erstkontakt alles falsch gemacht werden kann und somit den Beziehungsaufbau erschwert. Besser gelungen ist der Beziehungsaufbau im zweiten Fallbeispiel mit der Physiotherapeutin Frau Blohm und ihrer Patientin Frau Hansen.

Eine professionelle Beziehung zum Patienten hat therapeutischen Charakter [22]. Professionell bedeutet ein Engagement, dass sich auf einem Kontinuum zwischen »überinvolviert« und »kontaktlos« genau in der Mitte befindet [2].

Damit Mitarbeiter aus Gesundheitsfachberufen eine Beziehung zum Patienten eingehen, sind bestimmte Voraussetzungen erforderlich, wie:

- Bewusstsein über die Bedeutsamkeit der Beziehung zum Patienten als Basis für den Versorgungs- und Heilungsprozess.
- Beziehungsaufbau zum Patienten als essenziellen Teil der beruflichen Arbeit verstehen.
- Selbstwahrnehmung der eigenen Person mit ihren Fähigkeiten, Gefühlen, Kenntnissen, Bedürfnissen und Verantwortlichkeiten.
- Fähigkeit zur Empathie.
- Fähigkeit, professionelle Grenzen zu setzen, die ein Überengagement oder Burnout verhindern.
- Fähigkeit, im Kontakt mit dem Patienten wirklich präsent zu sein.
- Fähigkeit, die Persönlichkeit des Patienten einzuschätzen.

2.1.5 Reframing

Reframing kommt aus dem Englischen und bedeutet, etwas einen neuen Rahmen geben. Damit ist gemeint, dass wir aus bestimmten Ereignissen oder Situationen Dinge ableiten, die

■ Tab. 2.1 Reframing

Methode	Beispiel
Situation	Drei Tage vor der praktischen Führerscheinprüfung bekommt Jürgen S. eine Erkältung.
Erwartete Konsequenz	»Oh Schreck, dann werde ich mich bei der Prüfung nicht konzentrieren können und durchfallen!«
Reframing	Gut, dass die Erkältung mich heute erwischt und nicht in 3 Tagen, da habe ich noch etwas Zeit mich zu erholen. Hatte einfach zu viel um die Ohren und nun Gottseidank Zeit, auszuschlafen und mich in Ruhe auf die Prüfung vorzubereiten. Ich sehe die Erkältung als ein Zeichen, dass ich mich in letzter Zeit übernommen habe und mir nun alles zu viel wird. Jetzt wird mir bewusst, dass ich noch etwas Zeit brauche, um mich auf die Führerscheinprüfung vorzubereiten. Werde den Prüfungstermin verschieben und sie dann in vier Wochen ganz gelassen und ohne den jetzigen Druck angehen.

mit unangenehmen Gefühlen verbunden sind. Eine Situation ist, wie sie ist und soll nicht gelegnet werden. Die Folgen, die sich aus der Situation ergeben, können vielfältig sein. Wenn Menschen negativ auf eine Konsequenz ausgerichtet sind, kann sie das viel Kraft kostet. Dann ist das Reframing eine gute Methode, energiefressende Glaubenssätze zu verändern (■ Tab. 2.1).

Die Methode des Reframing basiert auf der Tatsache, dass sich aus einer Situation immer viele Möglichkeiten ergeben, der betroffene Mensch jedoch nur eine einzige Option sieht. Eine gute Ausgangsbasis ist die Frage, was bestenfalls passieren kann – statt am schlimmstenfalls festzuhalten. Reframing ist eine einfache Technik mit hoher Wirkung. Mit ein bisschen Übung kann diese Methode jeder lernen, der sich nicht explizit dem Pessimismus verschrieben hat.

Praxistipp

Lesen Sie doch eins der folgenden »Übungsbücher« zum Reframing:

- Feustel B, Komarek I (2006) NLP-Trainingsprogramm. Südwest, München
- Heinze R, Vohmann-Heinze S (2001) NLP. Mehr Erfolg, Gesundheit, Lebensfreude. Gräfe & Unzer, München
- Dilts R (2006) Die Veränderung von Glaubenssystemen. NLP-Glaubensarbeit. Junfermann, Paderborn

2.1.6 Das Konzept Hoffnung

» Hoffnung ist nicht die Überzeugung, dass etwas gut ausgeht, sondern die Gewissheit, dass etwas Sinn hat, egal wie es ausgeht. (Vaclav Havel)

In Bezug auf das körperliche und seelische Wohlbefinden spielt Hoffnung eine große Rolle. Auch im Genesungsprozess ist Hoffnung wichtig. So ist sie eine entscheidende Voraussetzung für den Copingprozess bei herausfordernden Krankheiten, wie z. B. Krebs. Deshalb ist die Vermittlung von Hoffnung im Gesundheitswesen von zentraler Bedeutung.

Hoffnung ist ein Prozess, der Gedanken, Gefühle, Verhalten und Beziehungen einbezieht. Sie ist an eine positive Erwartungshaltung geknüpft, die für den betroffenen Menschen Sinn macht [23]

Hoffnung wird als ein gutes Konzept gegen Stress verstanden. Der Umgang mit einer Krankheit ist für viele Menschen mit Stress verbunden.

➤ **Das Vermitteln von Hoffnung ist eine hohe Kunst professioneller Kommunikation im Gesundheitswesen.**

Was können Sie tun, damit Ihre Patienten Hoffnung entwickeln?

- Seien Sie präsent, wenn Sie mit dem Patienten zusammen sind (d.h. nicht nur körperlich anwesend, sondern auch gedanklich und emotional ganz dabei). Präsenz wirkt sich positiv auf das Zeiterleben aus, d.h. präsenzte Momente werden zeitlich länger wahrgenommen.
- Bauen Sie eine ehrliche und respektvolle Beziehung zum Patienten auf.
- Formulieren Sie erreichbare Erwartungen.
- Beziehen Sie Angehörige mit ein, die dem Patienten etwas bedeuten.
- Helfen Sie bei der Bewältigung von Verlustgefühlen (evtl. Vermittlung zu professioneller Trauerarbeit).
- Geben Sie »Hilfe zur Selbsthilfe«, um die Autonomie zu stärken.
- Heben Sie die Energie an, z.B. durch positives Denken oder Humor.
- Finden Sie heraus, was dem Patienten wirklich wichtig ist – Sinn als Ressource.

- Explorieren Sie »spirituelle« Zugänge des Patienten
 - Glaube als Ressource.

(In Anlehnung an [32])

Selbst bei Patienten mit terminalen Erkrankungen spielt Hoffnung eine wichtige Rolle. Hier geht es v. a. darum, die verbleibende Lebenszeit sinnvoll und selbstbestimmt mit den Menschen zu verbringen, die einem am Herzen liegen [16].

Hoffnungslosigkeit dagegen, wird bei terminalen Patienten gefördert durch Isolierung, aktuelle Verluste von geliebten Menschen und schlechter Symptomkontrolle, wie z. B. Nebenwirkungen medikamentöser Behandlung [12].

Nicht immer steht bei der Hoffnung die Aussicht auf Heilung im Mittelpunkt. Oftmals geht es um die Bewältigung von Angst oder Sorge, der Fähigkeit zum Loslassen oder Verzeihen sowie dem Erreichen von Wohlbefinden. Menschen mit der Fähigkeit, zunächst die Chancen erkennen zu können, statt in der Problemschau verhängen zu bleiben, fällt es oft leichter, Hoffnung zu vermitteln.

- **Übrigens lässt sich die Fähigkeit zum positiven Denken lernen. Verschiedene Trainings aus dem Bereich des NLP (neurolinguistisches Programmieren) eignen sich hierzu hervorragend und werden mittlerweile fast an jeder Volkshochschule angeboten (► Literatur hierzu im Praxistipp ► Abschn. 2.1.5).**

2.2 Anamnese – Assessment – Befundaufnahme

Bei der medizinischen **Anamnese** wird die Krankheitsgeschichte erhoben, sowie ihre Vorgeschichte in Bezug auf die aktuellen Beschwerden. Dabei werden möglichst objektive Symptome gesammelt, um daraus Syndrome und diagnostische Klassifikationen abzuleiten. Die ermittelte Diagnose bestimmt dann die weitere Behandlung.

Die Anamnese setzt sich aus folgenden Bestandteilen zusammen [11]:

- Eröffnungsfrage,
- aktuelle und vergangene Probleme,
- Erwartungen des Patienten,
- weiteres Vorgehen.

Beim **Assessment** im Case-Management geht es darum, die Bedürfnisse und Ressourcen des Klienten herauszufinden und eine erste Klärung vorzunehmen, wer zu dieser Bedürfnisbefriedigung beitragen kann. Es wird also ermittelt, was der Klient, bzw. sein soziales Netzwerk übernehmen kann und für welche Aspekte institutionelle Hilfen erforderlich sind [28]. Die gesammelten Informationen dienen der Erstellung eines Hilfeplans. Die wesentlichen Bestandteile des Assessments sind:

- Analyse der Situation (Bedürfnisse und Ressourcen),
- erste Einschätzung (Hypothesenbildung),
- Besprechung des weiteren Vorgehens (Vertragsklärung).

Bei der therapeutischen **Befundaufnahme** besteht das Ziel in der Sammlung therapierelevanter Informationen sowie dem Aufbau einer Beziehung zum Patienten. Eine fundierte Befunderhebung bildet die Voraussetzung für eine sinnvolle und erfolgreiche Therapie. Daher ist ein zielgerichtetes Vorgehen hier von großer Bedeutung. Zu den Inhalten gehört

eine ausführliche Anamnese mit Herausstellen der Hauptproblematik des Patienten. Es sollen gemeinsam mit dem Patienten Behandlungsziele definiert, und ein individueller Behandlungsplan erstellt werden.

Eine vollständige Anamnese sollte deutlich herausstellen:

- Was das Problem des Patienten ist (Hauptproblem),
- wo es ist (Körpertabelle),
- wann es auftritt (Verhalten der Symptome),
- warum es aufgetreten ist (Geschichte) und
- wovor Vorsicht geraten ist. (Spezielle Fragen).

Sie macht auf die Risiken aufmerksam und dokumentiert diese eindeutig und

- spricht alle Lebensbereiche des Patienten an.

■ ■ Aufmerksamkeit auf Risiken richten

Unabhängig von der Form des Assessments besteht die zentrale Aufgabe darin, die Risiken bei der Therapie durch verschiedene differentialdiagnostische Tests (Screening) zu erkennen und auf die spezifischen Bedürfnisse des Patienten aufmerksam zu machen. Es ist wichtig, die Patienten mit besonderen Problemen, die vorab einer ärztlichen Abklärung bedürfen zu erkennen (yellow und red flags), um Behandlungsfehler zu vermeiden (z.B. bei Krebserkrankungen, Aneurysmen, Polyneuropathie oder Kardiovaskuläre Erkrankungen).

Mit den gewonnenen Daten der Befunderhebung wird ein Therapieplan erstellt, um die gesamte Therapie individuell zu strukturieren und zu dokumentieren.

2.2.1 Das erste Gespräch

Je nach Krankheit, Symptomatik oder Versorgungsbedarf gibt es unterschiedliche **Assessmentinstrumente** zur Feindiag-

nostik. So finden z. B. in der Demenzdiagnostik Verfahren wie der »Mini-Mental-Status-Test« oder das »Cohen-Mansfield Agitation Inventory« ihren Einsatz. In der Schmerztherapie werden unterschiedliche Schmerzskaleten verwendet und zur Ermittlung von Schmerzursachen werden bestimmte Screening-Test durchgeführt. Doch kein Fragebogen der Welt ersetzt die Fähigkeit die richtigen Fragen zum richtigen Zeitpunkt zu stellen.

■ Fallbeispiel einer unprofessionellen Anamnese Ein Gespräch »unter Jungs«

Herr Dr. Anders (29) ist Stationsarzt in der Urologie. Der Patient Herr Franke (62) kommt von der Ambulanz des Hauses auf seine Station mit Verdacht auf Niereninsuffizienz. Es ist sein erster Krankenhausaufenthalt. Herr Franke ist etwa zwei Stunden auf der Station und teilt sich sein Zimmer mit zwei anderen Patienten als Dr. Anders in das Zimmer kommt. Das Gespräch wird vom anwesenden Ergotherapeuten, der gerade bei einem anderen Patienten ist, beobachtet und anschließend aufgezeichnet. Hier ein Auszug aus dem dann stattfindenden Anamnese-gespräch:

Dr. Anders: »Ich bin Dr. Anders. Herr Franke, wann fingen denn die Beschwerden an?«.

Herr Franke: »Also, dass man nachts mal raus muss, ist ja normal. Aber jetzt muss ich fast jede Stunde zur Toilette. Und die Müdigkeit ist immer schlimmer geworden. In letzter Zeit habe ich auch keinen Hunger mehr, weil mir so oft schlecht ist.«.

Dr. Anders: »Geben Sie mir mal ihren Arm!«, dann schiebt er Herrn Franke den Hemdärmel hoch und misst ihm den Blutdruck. »Kein Wunder, Ihr Blutdruck ist viel zu hoch!«.

Herr Franke: »Wie hoch isser denn?«

Dr. Anders: »Ich muss Sie jetzt mal untersuchen. Machen Sie sich mal frei und legen sich auf's Bett.«

Herr Franke sieht sich verschämt um: »Ich soll mich hier ausziehen?«

Dr. Anders: »Wir sind hier unter Jungs, da wird Ihnen schon keiner was weggucken!«

Die beiden Mitpatienten grinsen. Der Ergotherapeut nickt aufmunternd.

Dr. Anders palpiert Bauch, Blase und Nierengegend: »Tut's irgendwo weh?«

Herr Franke: »Naja, angenehm is was anderes. Wie lange muss ich denn hier bleiben, Herr Doktor?«

Dr. Anders: »Was für Medikamente nehmen Sie denn?«

Herr Franke: »Eigentlich keine.«

Dr. Anders: »Wieso eigentlich?«

Herr Franke: »Naja, mal was gegen Kopfschmerzen, wenn ich wieder Stress im Büro habe.«

Dr. Anders: »Und wie oft haben Sie Kopfschmerzen?«

Herr Franke: »Oft. Ich mache das Büro jetzt seit 15 Jahren allein. Meinem Kollegen ham se gekündigt, damals. Und die Arbeit ist nicht weniger geworden. Ganz im Gegenteil.«

Dr. Anders: »Also nehmen Sie regelmäßig Schmerzmittel! Mehr als einmal die Woche?«

Herr Franke: »Na, so zwei bis dreimal die Woche kommt schon hin. Früher habe ich nur Paracetamol und Ibuprofen genommen. Doch damit komme ich jetzt nicht mehr hin. Heute nehme ich eher Novalgin.«

Dr. Anders: »Und das seit 15 Jahren?«

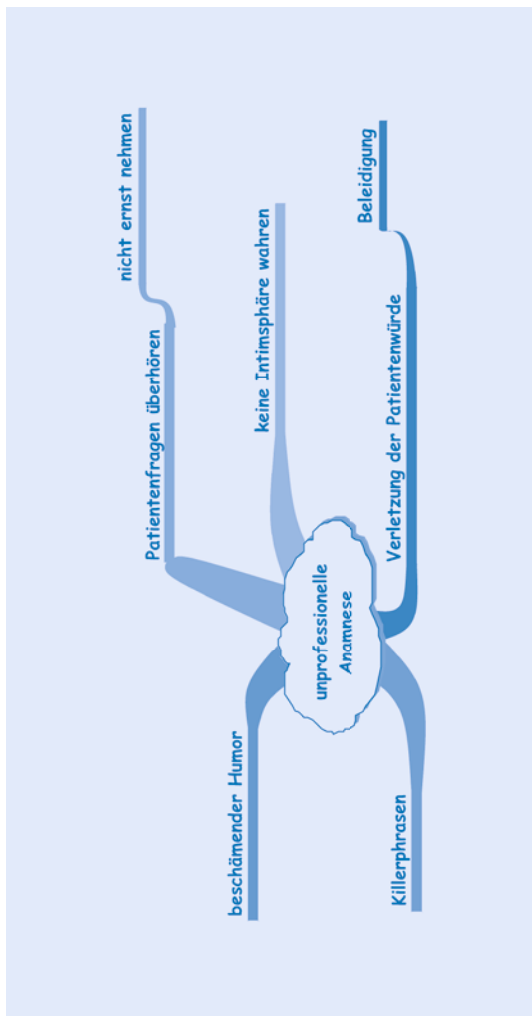
Herr Franke: »So ungefähr.«

Dr. Anders: »Kein Wunder, wenn sich die Nieren irgendwann bedanken. Und wie sieht's aus mit Alkohol?«

■ ■ Analyse des Anamnesegesprächs

Da sich aus Fehlern bekanntlich viel lernen lässt, eröffnen sich uns mit diesem Anamnesegespräch einige Lernchancen (■ Abb. 2.3).

- Der gewählte Rahmen, für das Gespräch – auch Setting genannt – ist denkbar ungünstig. Mit drei weiteren Zuhörern (zwei Mitpatienten und ein Ergotherapeut)



■ Abb. 2.3 Mindmap: »Unprofessionelle Visite«

ist es schwer eine vertrauensvolle Basis herzustellen, die notwendig ist, um ehrliche Informationen zu erhalten.

- Wie unangenehm das Setting für Herrn Franke ist wird deutlich, als dieser sich vor allen anderen ausziehen soll. Unsicher fragt er noch mal nach: *»Ich soll mich hier ausziehen?«*. Die Reaktion von Dr. Anders (*»Wir sind hier unter Jungs, da wird Ihnen schon keiner was weggucken.«*) mag scherzhaft gewesen sein, trägt jedoch nicht dazu bei, dass Herr Franke Vertrauen und Sicherheit gewinnt.
- Dr. Anders verunsichert den Patienten, indem er nicht auf seine Fragen antwortet (*»Wie hoch ist der Blutdruck?«*) und stattdessen lediglich Anweisungen ausgibt *»Ich muss Sie jetzt mal untersuchen?«*. Auf die Frage, wie lange er noch hier bleiben muss geht Dr. Anders nicht ein, sondern fragt nach den Medikamenten. Damit wird der Patient in diesem kurzen Gesprächsauszug bereits zwei Mal nicht ernst genommen. Das Recht Fragen zu stellen, scheint hier nur der Arzt zu haben. Damit wird eine ungleiche Hierarchie aufgebaut, die den Patienten zum Befehlsempfänger machen und ihn herabwürdigen. Dieses Vorgehen wird auch **Killerphrase** genannt.
- Da es für Herrn Franke seine erste Krankenhauserfahrung als Patient ist, können wir davon ausgehen, dass ihn die Situation verunsichert. Das wenig empathische Verhalten von Dr. Anders verletzt die Würde von Herrn Franke. Ein solches Benehmen ist unprofessionell und provoziert Verhaltensweisen bei Patienten, die wenig zur Genesung beitragen. Dazu zählen z. B.:
 - Ängstliche Unterwerfung unter die ärztlichen Anordnungen statt aktiver Mitgestaltung,
 - fehlende Compliance in den Behandlungsplan,
 - passive Aggression, die sich gegen sich selbst oder andere richtet und ein
 - Gefühl von Hilflosigkeit und Abhängigkeit.

- Die voreilige Unterstellung von Dr. Anders, dass sich Herrn Frankes Nieren für den Medikamentenkonsum bedanken spricht für den Tunnelblick des Mediziners. Auf die mehrfache Erklärung von Herrn Funke über seinen stressigen Beruf geht der Arzt mit keiner Silbe ein. Damit blendet er größere Zusammenhänge aus und reduziert den Patienten auf ein Ursache-Wirkungs-Prinzip, welches ihm bekannt ist.

2.2.2 Die Würde des Patienten ist unantastbar

- » Niemand ist so arm, dass er nicht wohlthätig sein könnte, keiner in so niedriger Stellung, dass es ihm nicht möglich wäre Würde zu zeigen. (Paolo Mantegazza; 1831–1910)

Was die Patientenwürde ausmacht ist eine Frage des Blickwinkels. In einem Punkt sind sich allerdings Therapeuten, Pflegefachkräfte, Mediziner und Patienten einig, nämlich das die Einhaltung der Privatsphäre ein zentraler Bestandteil der Patientenwürde ausmacht. Während Therapeuten eher die Fürsprache und das Zeitnehmen betonen, rücken Mediziner die Vertraulichkeit in den Mittelpunkt ihrer Betrachtung [33]. Patienten ist für den Erhalt ihre Würde notwendig, dass sie eine Wahl haben und Selbstkontrolle ausüben können. Auch Humor und Sachlichkeit können dabei für Patienten bedeutsam sein [30].

Dennoch erleben immer wieder Patienten, wie ihre Würde im Gesundheitswesen verletzt wird. Interessanterweise scheinen sich hospitalisierte Patienten nach einiger Zeit daran zu gewöhnen, sodass ihnen die erfahrenen Bedingungen weniger würdelos erscheinen [19].

Nora Jacobson [15] findet eine ganze Reihe von Verhaltensweisen, welche die Würde des Patienten verletzen. Hier-

zu zählen: Grobheit, Gleichgültigkeit, Herablassung, Abweisung, Nichtbeachtung, Abhängigkeit, Einmischung, Objektivierung des Patienten, Labeling, Verachtung, Diskriminierung, Abscheu, Deprivation, Angreifen. Bedingungen, die ein solches Verhalten unterstützen liegen z.T. im System, wie z. B.

- die Asymmetrie der Beziehungen,
- der Behandlungsablauf an sich, der mit vielen Spannungen einhergeht (z.B. denen zwischen Bedürfnissen und Ressourcen)
- sowie die Einbettung des Gesundheitswesens in ein System sozialer Ungleichheit [15].

In einer Untersuchung mit über 6.700 Patienten konnte nachgewiesen werden [3], dass Patienten wesentlich zufriedener mit ihrer Versorgung sind, wenn sie mit Würde behandelt und in die Entscheidungen mit einbezogen werden, was sich positiv auf ihre Compliance auswirkt.

Mediziner verletzen oft die Würde von Patienten aus Zeitgründen oder weil ihnen die Erfahrung fehlt. Obwohl Menschlichkeit, Respekt und Nettigkeit zentrale Werte in der Medizin sind, werden diese oft als besondere Annehmlichkeiten gesehen, die nur dann zum Einsatz kommen, wenn genug Zeit bleibt oder die Umstände dieses erlauben [6]. Um dem entgegen zu wirken, wurde ein Modell, mit dem die Würde in der medizinischen Behandlung erhalten bleibt, entwickelt. Die 4 Konzepte dieses Modells bestehen mit ihrer Klarheit und sind auf alle Gesundheitsfachberufe übertragbar [6]:

- A = attitude, Einstellung,
- B = behaviour, Verhalten,
- C = compassion, Mitgefühl,
- D = dialogue, Dialog.

Mit der ehrlichen Reflexion dieser 4 Komponenten lässt sich leicht überprüfen, ob wir den Patienten würdevoll behandeln. Zunächst gilt es, sich die Einstellung zum Patienten bewusst zu machen, also zu überprüfen ob ggf. Vorurteile eine Rolle spielen. Erst dann lässt sich das Verhalten ändern.

Auf der Verhaltensebene bedeutet würdevoller Umgang z.B., dass der Patient um Erlaubnis gefragt wird, bevor ein Eingriff oder eine Behandlung erfolgt, dass eine Sprache gesprochen wird, die vom Patienten verstanden wird und ihm generell respektvoll begegnet wird.

➤ **Durch Mitgefühl zeigen wir dem Patienten, dass er mehr ist als Krankheit und Leiden. Hierzu zählen auch das Eingehen auf Schmerz und Unwohlsein.**

Der gemeinsame Dialog wirkt einer distanzierten Anordnung entgegen und verstärkt den würdevollen Umgang mit Patienten. Für die palliative Versorgung wurde gemeinsam mit verschiedenen Berufsgruppen im Gesundheitswesen eine spezielle Methode des würdevollen Umgangs entwickelt [6]. Hier werden besondere Werte, Überzeugungen und Wünsche von Patienten, die ihnen wichtig sind aufgeschrieben und nach dem Tod der Patienten an deren Angehörige weitergegeben. So kann die Erinnerung an diesen einmaligen Menschen bewahrt werden.

Killerphrase

» **Manche Dinge sind so ernst, dass man nur über sie scherzen kann. (Werner Heisenberg)**

Killerphrasen sind Sätze mit denen die Aussagen des Gegenübers abgewehrt, herabgesetzt oder abgelehnt werden. Sie zielen häufig auf die Person und nicht auf die Sache ab und sind in der Gesprächsführung wenig konstruktiv, denn sie blockieren neue Ideen. Ein Klassiker der Killerphrase

im Gesundheitswesen ist der Ausspruch: »*Das haben wir schon immer so gemacht!*«. Obwohl der Satz keinerlei Erklärung bietet, warum etwas schon immer so gemacht wurde, drückt er dennoch aus: »*Wir wollen das auch weiter so machen!*«.

Mit einer Killerphrase soll das Gegenüber ausgebremsst werden. Häufig werden dazu einfach Behauptungen in den Raum gestellt. Dazu gibt es eine Reihe von Techniken, wie der Kommunikationsberater Marcus Knill aufzeigt [8]:

- Bewerten: »*Das geht sowieso nicht.*«.
- Behauptungen aufstellen: »*Für so etwas haben wir keine Zeit.*«.
- Vorwürfe machen: »*Um das beurteilen zu können, fehlt Ihnen das Fachwissen.*«.
- Nicht ernst nehmen, ironisieren oder verspotten: »*Wenn das ginge, hätte es längst schon einer gemacht.*«.
- Warnen und Drohen: »*Auch Sie werden sich der Tatsache nicht verschließen können, dass....*«.
- Überreden: »*Das ist grundsätzlich richtig, aber bei uns nicht anwendbar.*«.
- Herunterspielen: (Wie doch jeder weiß...«.
- Von sich reden: »*Nachdem ich mich intensiv mit dem Thema beschäftigt habe, bleibt mir nichts anderes als vorzuschlagen, dass...*«)

Es ist gut sich auf Killerphrasen vorzubereiten, insbesondere auf »die Klassiker Ihrer Organisation«. Da eine Killerphrase immer ein Angriff ist kann ein Gegenangriff angemessen sein, wenn Sie selbst schlagfertig genug sind. Allerdings muss einem klar sein, dass man sich damit auf das gleiche Niveau begibt. Gleichzeitig läuft man Gefahr, sich Feinde statt Freunde zu schaffen. Und um Veränderungen zu initiieren, benötigt man eben Freunde, die mit einem an einem Strang ziehen. Deshalb ist bei der Reaktion auf eine Killerphrase immer auch der Ton entscheidend.

Auf den Klassiker »das haben wir schon immer so gemacht«, gibt es ganz unterschiedliche Antwortmöglichkeiten, die natürlich auch zu der Person passen muss, die antwortet, z.B.:

- *»Na, dann wird es aber Zeit, dass sich das mal ändert!«,* Gegenangriff.
- *»Und wer sagt Ihnen, dass es bisher richtig war?«,* Gegenfrage.
- *»Bisher hat das ja auch ausgereicht, doch die derzeitigen Veränderungen im Gesundheitswesen stellen andere Ansprüche an uns. Deshalb müssen wir unser bisheriges Verhalten neu überdenken und ggf. verbessern.«,* Überzeugen.
- *»Das ist ja ein starkes Argument und überzeugt mich sofort!«,* Ironisieren, Versuch von Humor – Achtung: hierbei muss der Ton genau getroffen werden und sollte unbedingt humorvoll bleiben, ansonsten verkehrt sich die Ironie schnell in eine Beleidigung.

Praxistipp

Zum Thema Killerphrasen gibt es mittlerweile eine ganze Reihe an Literatur. Hier ein Buchtipp:

- Cicero A, Kundera J (2007) Clevere Antworten auf dumme Sprüche. Killerphrasen kunstvoll kontern. Junfermann, Paderborn

■ Fallbeispiel einer professionellen Anamnese

Ein Gespräch von Frau zu Frau

Andrea Rothe (40) ist Ergotherapeutin und führt mit der neuen Patientin Frau Lärchner (52) das Anamnesegespräch im separaten Behandlungsraum der Ergotherapieabteilung.

Andrea Rothe: *» Guten Tag Frau Lärchner, mein Name ist Andrea Rothe. Ich bin Ergotherapeutin und auf dieser Station für Sie zuständig.«,* sie gibt Frau Lärchner die Hand.

Frau Lärchner: »Guten Tag.«

Andrea Rothe: »Frau Lärchner, ich möchte gern das Aufnahme-gespräch mit Ihnen führen, dafür haben wir etwa eine halbe Stunde Zeit. Einverstanden?«

Frau Lärchner: »Ja, heute hat mir zwar schon ein Arzt Fragen gestellt. Aber der hatte nicht viel Zeit. Die Schmerzen hören einfach nicht auf.«

Andrea Rothe: »Den Unterlagen entnehme ich, dass Sie vor 2 Tagen am Karpaltunnel operiert worden sind und noch immer starke Schmerzen haben. Können Sie mir mal erzählen, wie sich die Schmerzen im letzten Jahr entwickelt haben? Hat sich da was verändert an dem Auftreten oder der Intensität?«

Frau Lärchner: »Ähm, naja, also ich schätze mal, dass ich so seit ungefähr eineinhalb Jahren immer mal wieder Schmerzen oder eingeschlafene Hände besonders nachts hatte. Aber das war mal mehr, mal weniger. Ich habe das gar nicht so gemerkt, weil ich mich vor 2 Jahren selbständig gemacht habe und den Kopf so voll mit anderen Dingen habe.«

Andrea Rothe: »Womit haben Sie sich denn selbständig gemacht?«

Frau Lärchner: »Ich habe einen Cateringservice. Liefere das Essen, verleihe das Geschirr und Sorge auch für Personal, wenn es gewünscht ist. Außerdem beschäftige ich den besten Koch der Stadt. Und das spricht sich natürlich rum.«

Andrea Rothe: »Sie reden so begeistert. Das scheint Ihnen ja richtig Spaß zu machen.«

Frau Lärchner strahlt: »Das können Sie laut sagen. Endlich bestimme ich selbst, was ich mache. Mein letzter Chef war nämlich alles andere als kompetent, wenn es um Mitarbeiterführung ging. Und über Aufträge kann ich mich auch nicht beklagen. Ich habe ein großes Netzwerk und viele Kontakte, und das kommt mir jetzt zugute.«

Andrea Rothe: »Wie schön! Vielleicht haben Sie ja auch für mich eine Visitenkarte, damit ich bei meiner nächsten Gartenparty mit leckerem Essen angeben kann.«

Frau Lärchner lacht: »Gerne!«, dabei greift sie in ihre Handtasche und holte eine Karte raus, »Hier ist sie.«

Andrea Rothe lacht: »So, nachdem Sie Ihre Akquise erfolgreich getätigt haben, kommen wir mal auf Ihre aktuellen Beschwerden zurück. Darf ich Sie fragen, ob Sie alles allein bewältigen oder jmd. haben der sie unterstützt?«

Frau Lärchner: »Ja, ich habe einen Lebensgefährten, der mir die erste Zeit sehr geholfen hat. Doch in letzter Zeit läuft es nicht so rund bei uns.«

Andrea Rothe: »Sehen Sie da einen Zusammenhang zwischen dem Auftreten ihrer Beschwerden und der Beziehung, die grad nicht so rund läuft?«

Frau Lärchner: »Ich weiß nicht. Manchmal habe ich den Eindruck, je erfolgreicher mein Geschäft läuft, desto griesgrämiger wird er. Bin ja auch mehr unterwegs als früher. Aber es stimmt, mit dem Beziehungsänger haben auch die stärkeren Schmerzen angefangen. Habe da bisher keinen Zusammenhang gesehen. Vielleicht ist ja was dran.«

Das Anamnesegespräch dauert noch weitere 18 Minuten, indem insbesondere körperliche Befunde erhoben werden. Dann kommt Andrea Rothe zum Abschluss.

Andrea Rothe: »Wir haben noch etwa fünf Minuten Zeit. Haben Sie momentan noch Fragen an mich? Oder möchten Sie noch etwas mit mir besprechen?«

Frau Lärchner: »Ja, wie lange muss ich im Krankenhaus bleiben?«

Andrea Rothe: »Alles in allem sollten Sie in spätestens sechs Tagen, wenn keine weiteren Komplikationen auftreten wieder zuhause sein. Anschließend sollten Sie sich jedoch weiter behandeln lassen.«

Frau Lärchner: »Na, dann muss ich jetzt mal schnell einige Anrufe machen und ein paar Dinge organisieren.«

Andrea Rothe: »Ja, das ist gut. Sie müssen sich allerdings ernsthaft Gedanken darüber machen, wie Sie es für das nächste halbe Jahr vermeiden können, schwere Dinge zu heben und zu tragen.

Und auch für die Zukunft sich vielleicht Unterstützung zu organisieren. Kann ich mich da auf Sie verlassen?»

Frau Lärchner: »Mhm, ja, das ist mal ne Aufgabe, die Sie mir da geben. Ich werde mir Gedanken machen.«

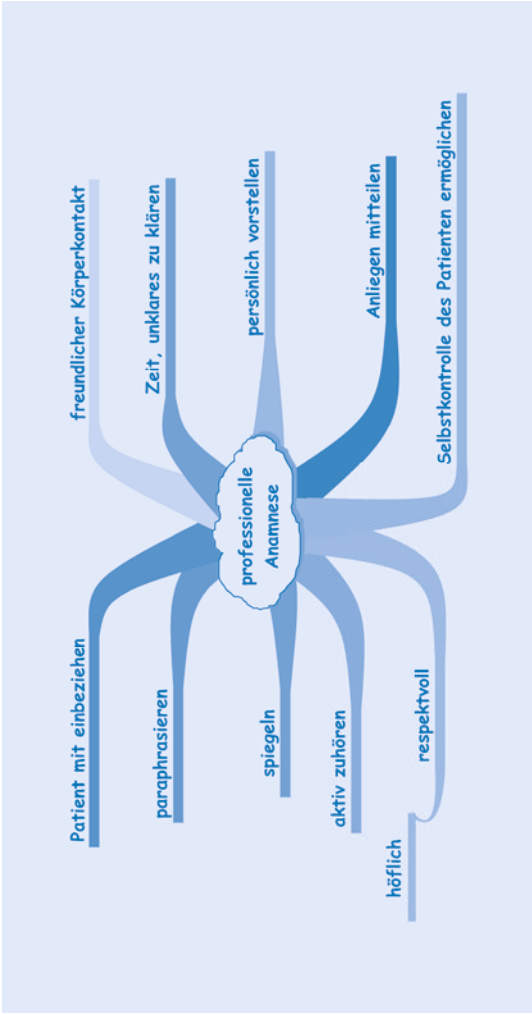
■ ■ Analyse des Anamnesegesprächs

Der Einstieg ins Gespräch ist hier gut gelungen (■ Abb. 2.4). Andrea Rothe stellt sich mit Namen und Beruf vor und erklärt ihr Anliegen. Sie spricht Frau Lärchner mit ihrem Namen an und gibt ihr zur Begrüßung die Hand. Die Ansprache mit Namen schafft Vertrautheit und wirkt in großen Organisationen der Sorge entgegen verwechselt zu werden. Das Händeschütteln ist eine kulturelle Geste, die im Gesundheitswesen auch als freundlicher Körperkontakt verstanden werden kann. Als Patient ist man den unterschiedlichsten Formen von Berührung ausgesetzt, da kann ein Händeschütteln ein vertrauter und Angst reduzierender Kontakt sein.

Andrea Rothe erklärt gleich zu Beginn, wie viel Zeit ihnen für dieses Gespräch bleibt. Damit erhöht sich für Frau Lärchner die Möglichkeit der Kontrolle über die Situation. Und schließlich ist Selbstkontrolle für die Patienten ein wichtiger Faktor, die eigene Würde zu bewahren.

Andrea Rothe fragt nach, ob Frau Lärchner mit dem Anamnesegespräch einverstanden ist. Selbst wenn diese Frage eher rhetorisch ist, so gibt sie der Patientin doch die Möglichkeit der Wahl. Und das ist wichtig für die Selbstkontrolle der Patientin.

Andrea Rothe geht an vielen Stellen im Gespräch sofort auf die Patientin ein, wie z. B. auf die Schmerzen oder die Selbstständigkeit. Damit signalisiert sie, dass sie Frau Lärchner ernst nimmt und ihr zuhört. Auch im Anamnesegespräch muss das **Zuhören als große Kunst** verstanden werden.



■ Abb. 2.4 Mindmap: »Professionelle Anamnese«

Als Frau Lärchner über ihren Beruf spricht, greift Andrea Rothe sofort deren Begeisterung auf und kommentiert diese. Dieser Vorgang wird auch **Spiegelung** genannt, denn Frau Lärchner bekommt »gespiegelt«, wie ihre Beschreibung bei Andrea Rothe ankommt. Für Frau Lärchner wird ein positives Geschehen festgehalten, was als Kraftquelle für den Umgang mit der Krankheit erlebt werden kann. Gerade in kranken Zeiten ist die Erinnerung an positive Dinge hilfreich. Das Fragen nach einer Visitenkarte unterstützt die gesunden Anteile deutlich.

Als besonders respektvoll wirkt die Frage: *»Darf ich Sie fragen, ob Sie alles allein bewältigen oder jmd. haben, der Sie unterstützt?«*

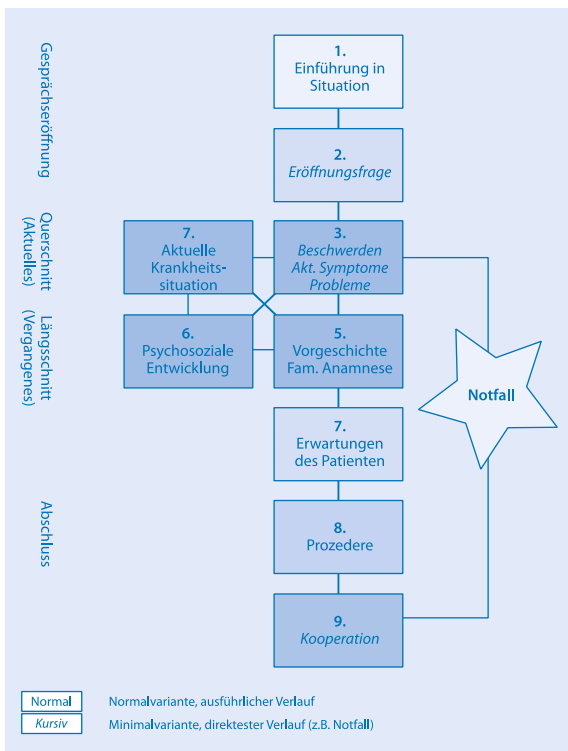
Auch diese Frage ist rhetorischer Natur, greift jedoch einen persönlichen Aspekt, der mit der Krankheit in Verbindung stehen könnte, sowohl direkt als auch diskret auf.

Nachdem Frau Lärchner schildert, dass ihre Beziehung *»in letzter Zeit nicht so rund läuft«* greift Andrea Rothe diese Worte direkt wieder auf. Dieses Vorgehen, der Wiederholung von Sätzen mit eigenen Worten nennt sich **paraphrasieren** und ist eine wichtige Technik in der Gesprächsführung.

Anstatt Frau Lärchner mit möglichen Zusammenhängen zu konfrontieren (Schmerzen und Beziehungsschwierigkeiten) fragt sie nach, ob diese selbst einen Zusammenhang sieht. So bleibt die Wahl über die Aussage und damit die Selbstkontrolle bei der Patientin.

Abschließend teilt Andrea Rothe noch einmal mit, dass noch 5 Minuten Zeit bleiben und erfragt, was es noch zu besprechen gilt. Damit bekommt Frau Lärchner Zeit und Raum für eigene Fragen. Mögliche Unklarheiten können geklärt und damit Unsicherheiten gemieden werden.

Das abschließende *»Kann ich mich da auf Sie verlassen?«* von Andrea Rothe, bezüglich des Unterlassens vom Tragen schwerer Lasten, mag auf den ersten Blick behel-



■ **Abb. 2.5** Anamneseschema nach Heim und Willi

rend oder bevormundend erscheinen. Hier kommt es insbesondere auf die Betonung an! In diesem Gespräch klang es eher besorgt, da Andrea Rothe weiß, dass Frau Lärchner selbständig ist und vermutlich viel allein machen wird (■ Abb. 2.5).

Aktives Zuhören

Es klingt so leicht, dem Gesprächspartner zuzuhören, dennoch ist wirkliches Zuhören in unserer Gesellschaft zu einer großen Herausforderung geworden. Erwachsensein wird hier eher mit Reden als mit Zuhören verbunden. Dabei wissen wir, dass erfolgreiche Führungskräfte gute Zuhörer sind und den Schritt vom Ich zum Wir bereits vollzogen haben [26].

Ganz wenig Menschen können wirklich noch zuhören. Was viel häufiger passiert ist, dass Sie schon nach den ersten Sätzen Ihres Gegenübers »aussteigen« und »ihren eigenen Film abspulen«. Damit ist gemeint, dass einige Worte ihres Gesprächspartners bei Ihnen Trigger auslösen, die sie dazu bringen in die eigene Geschichte einzutauchen, statt weiter zuzuhören. Das passiert unbewusst und wird also gar nicht bemerkt. Mit anderen Worten, obwohl Sie in Ihrem eigenen Film sind, denken Sie weiter zuzuhören. Wenn Sie dann auf Ihr gegenüber reagieren, haben Sie oft schon einige Zeit »nicht mehr aufgepasst«. Das erhöht die Zahl der Missverständnisse enorm.

Mit verschiedenen Techniken gelingt es leichter »am Ball ihres Gegenübers zu bleiben«. Dazu gehören:

- Paraphrasieren,
- offene Fragen stellen, mit denen das Thema vertieft werden kann,
- konkrete Fragen stellen, um Details zu klären,
- Spiegeln des Gesagten und
- Trennung von Wahrgenommenem und Interpretationen.

Die im Fallbeispiel mit Andrea Rothe und Frau Lärchner verwendeten Techniken des Paraphrasierens und Spiegeln sollen nun genauer beschrieben werden.

Paraphrasieren

Das Wort Paraphrasieren kommt aus dem Griechischen, von *para* = dazu, neben und *frasein* = reden oder sagen. Es bedeu-

tet, dass etwas Gesagtes mit den eigenen Worten wiederholt wird. Diese wichtige Methode der modernen Gesprächsführung erfüllt mehrere Zwecke gleichzeitig:

- Aufbau von Vertrauen, weil sich ernsthaft mit dem Gesagten des Gesprächspartners befasst wird,
- gibt dem Gegenüber eine Rückmeldung darüber, wie seine Botschaft angekommen ist,
- klärt Sachverhalte und löst Missverständnisse auf,
- gibt dem Sprecher das Gefühl, dass ihm ernsthaft zugehört und er verstanden wird,
- emotionalisierte Gespräche können versachlicht und hitzige Diskussionen damit »herunter gekocht« werden
- der Sinn einer Aussage kann hervorgehoben oder nachgefragt werden.

Obwohl die Technik des Paraphrasierens simpel klingt verlangt sie dennoch Übung und eine gute Portion emotionaler Intelligenz. Denn hier geht es nicht ums »Nachplappern«, sondern um das »Herausarbeiten und Zusammenfassen der emotionalen und sachlichen Kernaussagen«.

Spiegeln

Beim Spiegeln wird dem Sprechenden – ähnlich wie beim Paraphrasieren – ebenfalls eine Rückmeldung darüber gegeben, was beim Zuhörenden angekommen ist. Hier liegt der Schwerpunkt in der »Verbalisierung emotionaler Erlebnisinhalte« [25]. Ziel ist es dabei, in Worte zu fassen, was der Sprechende nicht ausdrücken kann.

Wenn Patienten von Mitarbeitern des Gesundheitswesens gespiegelt werden kann damit verschiedenes beim Patienten erreicht werden [10]:

- Förderung des Gefühls von verstanden und angenommen werden.
- Klarheit über die eigenen Gefühle.

- Klarheit über die eigene Einstellung, Wünsche und Ziele.
- Förderung der Selbstexploration des Patienten.

Patientin: *«Und als ich dann die Diagnose Krebs bekam hat mich auch noch mein Mann verlassen. Ich konnte es erst gar nicht glauben. Da habe ich ihm 20 Jahre hinterhergeräumt und als ich ihn das erste Mal wirklich brauchte war er weg. So ein verdammter Egoist.»*

Therapeutin: *»Das hat Sie ganz schön wütend gemacht, dass Ihr Mann Sie gerade in dem Moment verlassen hat, als Sie von ihrer Krebserkrankung erfahren haben.«*

Der Vorteil einer solchen verstehenden Gesprächsführung ist, dass sie nicht nur ein Mittel zur Diagnostik darstellt, sondern auch gleichzeitig therapeutische Wirkung hat [10].

2.3 Visite

Das Wort Visite kommt aus dem Lateinischen von *visitare* und bedeutet besuchen. Im Krankenhaus ist damit zumeist der Besuch des Patienten durch den Arzt gemeint.

Bei einer ärztlichen Visite stehen in der Regel die Krankheit und die medizinischen Anordnungen im Vordergrund, während Therapeuten zusätzlich das Krankheitserleben zentralisieren, sowie die Suche nach Behandlungs- und Versorgungsmöglichkeiten für den Patienten und das gemeinsame Definieren von Therapiezielen. Auch sei an dieser Stelle die Biografiearbeit erwähnt, die aus einem professionellen Therapieverständnis unverzichtbar ist.

Wer gerne mehr dazu lesen möchte, dem sei das Buch »Biografiearbeit in der Gesundheits-, Kranken und Altenpflege« von Specht-Tomann empfohlen.

■ Fallbeispiel einer unprofessionellen Kommunikation während einer ärztlichen Visite

...dann legen Sie sich doch wieder einen Hund zu...

Die Patientin Frau Spitzer (78) befindet sich seit 2 Tagen auf einer inneren Station. Sie kam mit Arrhythmien und unklaren Atembeschwerden. Darüber hinaus leidet sie an Adipositas (96 kg bei 1,65 m) und einem Diabetes Typ II. Frau Spitzer teilt sich ihr Zimmer mit einer kachektischen Patientin mit einem Darmtumor. Der Stationsarzt Dr. Manger kommt mit der Physiotherapeutin Silke Bauer zur Visite.

Dr. Manger: »Tach, die Damen!«, dabei positioniert er sich am Fußende von Frau Spitzer und liest in der Kurve.

Frau Spitzer wartet geduldig und streicht dabei nervös die Bettdecke glatt.

Dr. Manger: »Ja, wie ich's mir schon dachte, Frau äh«, sieht in die Kurve, »...äh Spitzer. Die Befunde aus dem Röntgen sind da. Ihre Angio ist schlecht. Also damit kommen wir um einen Stent nicht drum herum.«

Frau Spitzer: »Aha.«

Dr. Manger: »Ja, also die Arterien sind wirklich sehr sklerotisch und ein Stent ist so 'ne Art Maschendraht, mit dem man die Arterien von innen wieder aufrichten kann. Dann fließt das Blut wieder besser und Sie können auch besser atmen.«

Frau Spitzer: »Ach so.«

Dr. Manger betrachtet Frau Spitzer abschätzend: »Tja und dann lassen wir Ihnen mal die Diätberatung kommen, damit Sie zuhause gesünder kochen und abnehmen. Das ganze Gewicht geht ja auch auf's Herz und belastet das Ganze.«

Frau Spitzer blickt beschämt zur Bettdecke und murmelt: »Ja, gut.«

Silke Bauer an Dr. Manger gewandt: »Frau Spitzer hat mir erzählt, dass Sie erst dann soviel zugenommen hat, als ihr Hund gestorben ist, nicht wahr Frau Spitzer?«. Hierbei blickt sie Frau Spitzer an.

Frau Spitzer: »Ja, das stimmt.«

Dr. Manger: »Ja, dann legen Sie sich doch wieder einen Hund zu.«. Er wendet sich weg und geht zur Bettnachbarin.

Das Visitengespräch wurde im Einverständnis aller Beteiligten auf Band aufgezeichnet, welches sich in der Kitteltasche von Frau Bauer befand und dauerte 2 Minuten und 17 Sekunden.

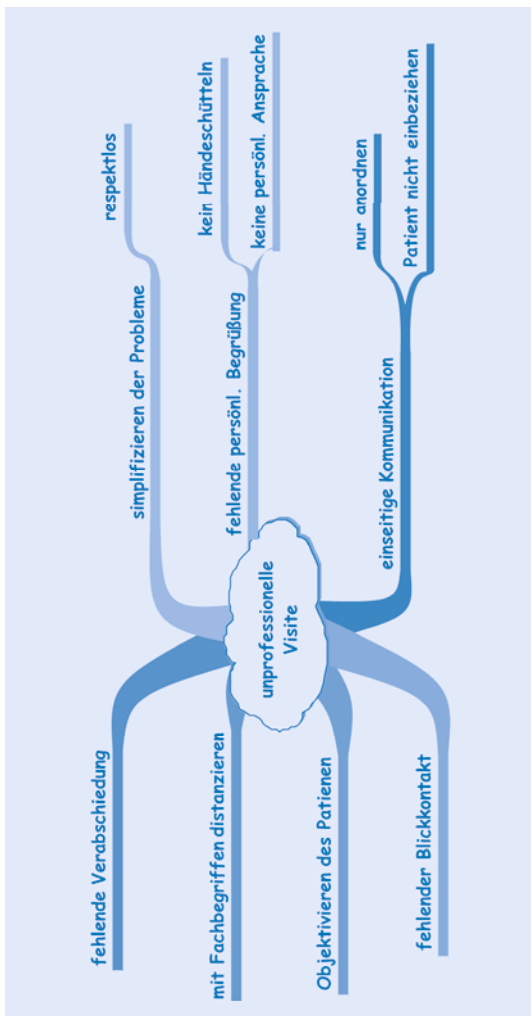
■ ■ Analyse des Visitengesprächs

Die Begrüßung der Patienten durch den Arzt erfolgt nicht personenbezogen sondern verallgemeinernd (■ Abb. 2.6). Die Positionierung von Dr. Manger kann als Gewohnheit gewertet werden, ist jedoch zugleich ein Ausdruck von Macht. Insbesondere, da er sich Frau Spitzer nicht nähert und dieser auch nicht die Hand reicht.

Der Blickkontakt von Dr. Manger zu Frau Spitzer ist auf das notwendigste beschränkt. Er verbringt mehr Zeit die Kurve zu studieren, als sich der Patientin zuzuwenden. Damit legt er die Priorität auf ermittelte Befunde und behandelt Frau Spitzer wie ein Objekt und nicht wie eine Person.

Die Patientin wird an keiner Stelle in die Überlegungen von Dr. Manger einbezogen. So verordnet dieser die Therapiewahl (Stent) und eine Diätberatung ohne Frau Spitzer um Erlaubnis oder ihrem Einverständnis zu bitten. Damit wird der Patientin weder eine Wahl noch eine Mitsprache ermöglicht, womit ihr jegliche Option der Selbstkontrolle genommen ist.

Die bevorzugte Wahl der medizinischen Fachsprache hält die Patientin auf Distanz und grenzt diese bei der ärztlichen Entscheidungsfindung aus. Dr. Manger verhält sich so, als hätte er das Recht über den Körper und damit das Leben von Frau Spitzer allein entscheiden zu dürfen. Dabei ist Frau Spitzer voll ansprechbar und als ehemalige Bereichsleiterin einer Verwaltungsbehörde auch intelligent genug, um sich selbst ein Bild über ihren Gesundheitszustand zu machen, vorausgesetzt, man erklärt es ihr angemessen. Was hier nicht der Fall ist.



■ Abb. 2.6 Mindmap: »Unprofessionelle Anamnese«

Mit der Aussage »Dann legen Sie sich doch wieder einen Hund zu.« wird die komplexe Lebenssituation von Frau Spitzer auf ein scheinbar handbares Problem reduziert. Die Gesamtsituation der Patientin ist dem Arzt nicht bekannt, weil er sie nicht in der Anamnese erhoben hat. Große Teile davon befinden sich in der Pflegeanamnese bzw. Therapieanamnese, die Dr. Manger nicht gelesen hat. Hier ein kleiner Auszug daraus: *Frau Spitzer ist mit 55 Jahren verwitwet und ist mit 62 in die Rente gegangen, um ihre Mutter (Parkinson) zu pflegen. Als diese verstarb war Frau Spitzer 65 Jahre alt. Um über die beiden menschlichen Verluste hinwegzukommen (sie vermisste ihren Mann immer noch), legte sie sich einen Hund zu, mit dem sie täglich lange Spaziergänge machte. Als der vor einem Jahr verstarb, hatte sie nicht mehr den Mut ihr Leben an ein Lebewesen zu binden. Bis dahin hatte sie etwa 70 kg gewogen und seitdem 26 kg zugenommen.*

Mit der Beschränkung seiner Aktenstudien auf medizinische Befunde grenzt Dr. Manger die Kenntnisse der Pflegefachkräfte und Therapeuten über Frau Spitzer aus. Ein solches Verhalten lässt auf wenig Respekt diesen Berufsgruppen gegenüber schließen.

Das achtlose Wegdrehen von Dr. Manger, mit dem er sein Gespräch mit Frau Spitzer gruß- und abschiedslos beendet, ist bestenfalls als wenig einfühlsam und schlimmstenfalls als beleidigend zu verstehen.

Insgesamt ist die Begegnung von Dr. Manger mit seiner Patientin Frau Spitzer von wenig Respekt geprägt, der Tendenz die Patientin nicht ernst zu nehmen und sie wie ein Objekt zu behandeln.

2.3.1 Selbstkontrolle der Patienten

Jeder stationäre Aufenthalt eines Patienten im Gesundheitswesen ist zumeist mit dem Verlust von Selbstkontrolle verbun-

den. Das Erleben, Dinge des eigenen Körpers oder das eigene Leben betreffend nicht selbst steuern zu können ruft oftmals Gefühle von Hilflosigkeit oder Abhängigkeit wach. Solche Emotionen sind nicht nur wenig hilfreich im Gesundungs- oder Genesungsprozess sondern äußerst kontraproduktiv.

Jeder im Gesundheitswesen Tätige weiß, dass man nichts mehr tun kann, wenn ein Patient sich selbst aufgegeben hat. Heute weiß man zunehmend die Selbstheilungskräfte wieder zu schätzen.

Die Trendforscherin Jeanette Huber [13] spricht von einer »Silbernen Revolution« und meint damit eine alternde Gesellschaft, welche die Welt der Computer erobert, sich in Fitnessstudios aktiv hält und Verantwortung für die eigene Gesundheit übernimmt. Zu den »Megatrends und Märkten« zählen neben der Silbernen Revolution auch die Individualisierung und die Gesundheit [14].

In einer zunehmenden Kultur der Selbstverantwortung fühlen sich 63% sich voll und ganz und 32% überwiegend selbst verantwortlich für ihre Gesundheit [13]. Damit bleiben nur 5% übrig, welche diese Verantwortung gern auf andere abschieben würden. Diese Ergebnisse zeigen deutlich, welche Bedeutung der Selbstbestimmung der Patienten zukommen muss.

Unabhängig von diesem gesellschaftlichen Trend ist das Gefühl der Selbstkontrolle über therapeutische Maßnahmen und Versorgungsmöglichkeiten eine entscheidende Grundlage für den Genesungsprozess.

2.3.2 Non-Compliance der Patienten

Mit Compliance ist die Einwilligung des Patienten in den Behandlungsablauf gemeint. Non-Compliance bedeutet also, dass der Patient mit der Therapie oder der Versorgung nicht einverstanden ist. Dieses Nichteinverständnis wird

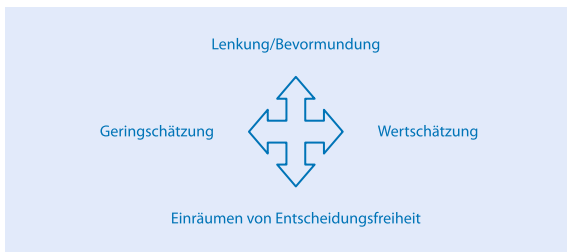
allerdings oft nicht verbal geäußert, sondern zeigt sich in der Verweigerung der Maßnahmen.

Eine besonders hohe Non-Compliance zeigt sich im Umgang mit Arzneimitteln. So spricht man vom »Parkplatzeffekt«, wenn die Medikamente direkt nach Erhalt entsorgt werden, von »drug holiday«, wenn Patienten sich zwischen durch eine Arzneimittelpause gönnen oder vom »Zahnputzeffekt«, wenn die Medikamente kurz vor einem Arztbesuch wieder regelmäßig genommen werden.

Bei chronischen Krankheiten liegt die Compliance-Rate bei lediglich 50% [9]. Interessanterweise gibt es selbst bei aufgeklärten Patientengruppen, wie Ärzten oder Therapeuten eine Non-Compliance von 20% [7].

Die Folgen der Non-Compliance sind nicht nur medizinisch relevant sondern haben enorme gesundheitsökonomische Auswirkungen. Sie führen zu häufigeren Krankenhauseinweisungen, vermehrtem Therapie- und Pflegebedarf, Mehrfachdiagnostik und zusätzlichen Arztbesuchen [5]. So konnte eine Studie nachweisen, dass Non-compliant-Patienten ein vierfach häufiges Risiko einer koronaren Erkrankung haben als Patienten die compliant sind [21]. Die gesellschaftlichen Kosten durch häufigere Klinikeinweisungen sind beachtlich und liegen bei 8–10,5 Milliarden Euro pro Jahr für Deutschland [29].

Die häufigsten Gründe für eine fehlende Compliance sehen Forscher zum einen in der Persönlichkeit des Patienten und zum anderen im Verhalten des Mediziners bzw. medizinischen Fachpersonals. Beim Patienten spielen die persönlichen Werte, das Krankheits- und Therapieverständnis ebenso eine Rolle, wie die geistige Aufnahmefähigkeit und die Beziehung zum Arzt oder Therapeut. Das ärztliche Verhalten fördert dann eine Non-Compliance, wenn es z.B. von wenig Respekt, unverständlichen Formulierungen und wenig Einfühlbarkeit geprägt ist [5]. Vor 30 Jahren haben die Patienten die Hälfte dessen, was ihnen ihre Ärzte erzählen direkt im



■ **Abb. 2.7** Modell von Wertschätzung und Entscheidungsfreiheit von Patienten

Anschluss an das Gespräch schon wieder vergessen [17]. Es bleibt zu hoffen, dass sich die kommunikative Kompetenz der Mediziner verbessert hat.

Was im Gesundheitswesen Tätige tun können, um die Einwilligung ihrer Patienten in die therapeutischen Maßnahmen zu erhöhen [5]:

- Respekt vor dem Patienten,
- Ausloten der Patientenbedürfnisse,
- Einbeziehen des Patienten in den Entscheidungs- und Behandlungsprozess,
- Patienten gut und verständlich informieren und ihm Wahlmöglichkeiten aufzeigen
- schriftliche Patientenleitlinien, in denen die Maßnahme einfach aber eindrücklich erklärt wird,
- Therapiepläne, die wie ein Vertrag behandelt werden, den der Patient unterzeichnet (im Sinne von: »*Hiermit erkläre ich mich einverstanden, dass...*«),

Reinhard Tausch (1979) hat schon vor 30 Jahren ein Modell entwickelt, mit dem die Wertschätzung und das Ermöglichen von Entscheidungsmöglichkeiten des Patienten transparent gemacht werden (■ Abb. 2.7; [24]).

2.4 Beratung

Die Professorin Mary Jo Kreitzer forscht an der University of Minnesota und stellt fest, dass die Patientenbedürfnisse sich deutlich verändert haben. Patienten sind zunehmend konsumorientiert und wollen für ihr Geld eine angemessene Beratung, Behandlung und Versorgung. Sie wollen als Persönlichkeit wahrgenommen und nicht wie unmündige Kranke behandelt werden. Für Patienten wird es immer wichtiger, dass sie gut beraten werden; die Entscheidung über die weitere Versorgung möchten sie selbst treffen (Interview mit Mary Jo Kreitzer in [26]).

Im Februar 2013 trat das neue Patientenrechtegesetz in Kraft, welches das Bürgerliche Gesetzbuch (BGB) und das 5. Buch des Sozialgesetzbuches (SGB) ergänzt. Neben dem Anspruch der Patienten auf Informationen rund um ihre Behandlung, sind auch der Behandlungsvertrag zwischen Patient und Therapeut und die Aufklärungspflicht des Therapeuten gegenüber dem Patienten verankert. So bezieht sich die Aufklärungspflicht auf Art, Umfang, Durchführung, potentielle Risiken einer Therapie sowie die Notwendigkeit und Dringlichkeit. Der Therapeut muss einen Ausblick auf den Verlauf und das, was der Patient zum Therapieerfolg beitragen kann, geben. So habe der Patient das Recht, über alle für ihn und seine Erkrankung in Frage kommenden Diagnostik- und Therapieverfahren aufgeklärt zu werden – auch über solche, die derzeit nicht zum Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenkassen gehören.

2.4.1 Beratungskonzepte

Für ein geplantes Beratungsgespräch lassen sich Beratungskonzepte entwickeln, die speziell auf das jeweilige Thema zugeschnitten sind, wie z.B. ein Entlassungsgespräch. Viel

häufiger jedoch nutzen Patienten oder Angehörige alltägliche Versorgungssituationen zu einem Gespräch mit Gesundheitsfachpersonen, in denen sie ihre Fragen oder auch Sorgen zum Ausdruck bringen. Um auch dann eine professionelle Beratung anbieten zu können sind einige grundsätzliche Dinge zu berücksichtigen.

Ein einfaches Modell der Beratung umfasst 4 Fragen [27]:

- Was ist passiert?
- Was bedeutet das für Sie?
- Was ist Ihr Ziel?
- Wie wollen Sie Ihr Ziel erreichen?

Beispiele alltäglicher Beratung im Gesundheitswesen zeigt Angelika Abt-Zegelin [1] in einer Reihe über Beratungsgespräche auf.

■ Fallbeispiel eines gelungenen Beratungsgesprächs

»Naja, alleine essen macht eben keinen Spaß, da vergreift man sich schon mal«

Die Physiotherapeutin Beate Wiese (39) berät ihren Patienten Herrn Pfahl (65) und dessen Frau (57), der seit neun Jahren an Diabetes Typ II leidet. Herr und Frau Pfahl sind beide adipös (BMI 31). Herr Pfahl befindet sich in physiotherapeutischer Behandlung nachdem er aufgrund einer transischämischen Attacke aus dem Krankenhaus entlassen wurde. Während seines stationären Aufenthaltes schwankten seine Blutzuckerwerte stark. Die physiotherapeutische Behandlung hatte das Ziel, durch geeignete Bewegungsübungen sein Bewusstsein für ein besseres Gesundheitsverhalten zu schulen und zukünftig nachhaltig zu fördern. Das Gespräch findet im Rahmen eines Abschlussgespräches im Anschluss der letzten Behandlung statt.

Beate Wiese: *»Schön, dass es mit dem Termin geklappt hat und Sie beide zum Abschlussgespräch zum Thema Ernährung kommen konnten.«*

Herr Pfahl: »Für mich macht das ja eigentlich wenig Sinn, weil meine Frau ja kochen tut.«

Beate Wiese: : »Aha. Herr Pfahl, kommt es denn auch mal vor, dass Sie sich eine Mahlzeit selbst zusammenstellen, oder essen Sie nur, was Ihnen Ihre Frau zubereitet?«

Herr Pfahl: »Meine Frau ist ja noch berufstätig. Da frühstücken wir zusammen und abends kocht sie. Mittags mach ich mir dann selbst mein Bütterken.« Mit Bütterken ist in Westfalen ein Butterbrot gemeint.

Frau Wiese lächelt Herrn Pfahl an: »Na bitte, selbst ist der Mann, was Herr Pfahl?«

Herr Pfahl lacht: »Das können'se laut sagen.«

Frau Wiese an beide gewandt: »Sagen Sie, wie erklären Sie beide sich eigentlich, dass es bei Ihnen Herr Pfahl zu solch starken Blutzuckerschwankungen gekommen ist?«

Frau Pfahl: »Ich weiß es auch nicht. Letztes Jahr hatte ich einen Kochkurs für Diabetes und seitdem habe ich vieles umgestellt. Ich nehme nicht mehr so viel Zucker und die bayrische Küche, die wir ja beide so lieben, ist auch viel weniger geworden. Früher gab es einmal die Woche Kaiserschmarrn oder Germknödel mit Vanillesauce. Abends vorm Fernseher esse ich schon mal Pralinen, aber mein Mann nicht. Der ist da eisern, nicht wahr Manfred?«

Herr Pfahl sieht zum Boden: »mhm«.

Frau Wiese: »Herr Pfahl, wie erklären Sie sich denn ihre schwankenden Werte?«

Herr Pfahl: »Weiß nich.« Sein Blick bleibt auf den Boden geheftet.

Frau Wiese: »Eine Ernährungsumstellung ist ja auch nicht so einfach.«

Herr Pfahl sieht auf: »Das können'se laut sagen.«

Frau Wiese: »Was ist denn für Sie dabei die größte Herausforderung, Herr Pfahl?«

Herr Pfahl: »Naja, alleine essen macht eben keinen Spaß und da vergreift man sich schon mal.«

Frau Wiese: »Da vergreift man sich schon mal.«. Dabei sieht sie Herrn Pfahl an.

Herr Pfahl sieht seine Frau entschuldigend an: »Naja, so ganz gesund ist das dann eben nicht immer.«

Frau Pfahl stöhnt: »Jetzt verstehe ich. Dann gibst Du die Schokolade doch nicht den Kindern im Hof, sondern isst sie selbst, was?«

Herr Pfahl ärgerlich: »So habe ich mir das nicht vorgestellt mit der Rente. Den ganzen Tag alleine zuhause hocken. Die Schokolade ist da das kleinste Problem.«

Frau Wiese: »Ich kann mir gut vorstellen, wie einem die Decke auf den Kopf fällt, wenn man so lange berufstätig war, wie Sie. Verstehe ich das richtig, dass für Sie die Zeit tagsüber, wenn Ihre Frau außer Haus ist, es Ihnen besonders schwer fällt auf Ihre Ernährung zu achten?«

Herr Pfahl: »Ja.«

Frau Wiese: »Frau Pfahl, jetzt war Ihr Mann ja schon so mutig zu sagen, wann ihm die Diät schwer fällt. Wie sieht das denn bei Ihnen aus? Wann fällt es Ihnen denn schwer auf eine gesunde Ernährung zu achten?«

Frau Pfahl: »Na, wenn man den ganzen Tag hart arbeitet, dann will man sich abends wenigstens was Gutes gönnen. Wir beiden mögen gern die bayrische Küche.«

Frau Wiese: »Was machen Sie denn beruflich, Frau Pfahl?«

Frau Pfahl: »Ich bin Steuerfachgehilfin und habe einen anstrengenden Chef. Der meckert an allem rum und kann auch richtig cholerisch werden. Dann kann man ihm nix recht machen.«

Frau Wiese: »Wenn Sie mal schätzen sollten, wie häufig es in der Woche vorkommt, dass Ihr Chef meckert und anstrengend ist, was würden Sie da sagen?«

Frau Pfahl: »Na drei Mal die Woche, mindestens!«

Frau Wiese: »Bedeutet das für Sie, dass Sie sich etwa drei Mal in der Woche so sehr über Ihren Chef ärgern, dass die gesunde Ernährung dann nicht so wichtig ist?«

Frau Pfahl: »Ja, genau.«

Frau Wiese: »Ich glaube, ich verstehe Sie beide allmählich. Es gibt für Sie beide ganz unterschiedliche Gründe, warum eine Ernährungsumstellung so schwer für Sie ist. Herr Pfahl, wie wichtig ist

es Ihnen denn überhaupt, dass sich die Blutwerte im Mittelfeld einspielen. Ich meine, vielleicht ist so eine Blutzuckerentgleisung ja gar nicht so schlimm für Sie.«

Herr Pfahl: *»Und ob. Der Arzt hat gesagt, ich riskiere mein Leben.«*

Frau Wiese: *»Mhm, und was sagen Sie dazu?«*

Herr Pfahl: *»Na, das hat mir nen ganz schönen Schrecken eingejagt, als ich plötzlich umgekippt bin und dann im Krankenhaus wieder die Augen aufgemacht habe. So was will ich eigentlich nicht noch mal erleben.«*

Frau Wiese: *»Wenn Sie auf einer Skala von 1–7 angeben sollten, wie sehr Sie gern Ihre Ernährung umstellen wollen und 1 bedeutet eher nicht und 7 bedeutet unbedingt, was würden Sie da sagen?«*

Herr Pfahl: *»Sechs.«*

Frau Wiese: *»Oh, da sind Sie ja sehr motiviert. Ich versuche noch mal zusammen zu fassen, was ich bisher von Ihnen beiden verstanden habe. Und bitte korrigieren Sie mich, wenn Sie das anders gemeint haben, okay?«*

Herr und Frau Pfahl nicken.

Frau Wiese: *»Herr Pfahl, Sie sind sehr daran interessiert an Ihrer Ernährung etwas zu verändern. Eine besondere Herausforderung ist für Sie, dass Sie den ganzen Tag allein zuhause sind und keine richtige Beschäftigung haben. In dieser, für Sie unangenehmen Situation, fühlen Sie sich verführt etwas Süßes zu essen. Wenn abends Ihre Frau da ist, fällt es Ihnen dagegen leicht auf Süßes zu verzichten, stimmt das?«*

Herr Pfahl: *»Ja, stimmt.«*

Frau Wiese: *»Wenn sich also an Ihrer Ernährung etwas verändern soll, ist es wichtig darüber nachzudenken, wie Sie sich tagsüber beschäftigen können oder mit wem Sie sich vielleicht verabreden können?«*

Herr Pfahl: *»Ja, so isses.«*

Frau Wiese: *»Frau Pfahl, auch bei Ihnen habe ich ein deutliches Interesse herausgehört, an Ihrer Ernährung etwas zu ändern. Ihre größte Herausforderung scheint Ihr Chef zu sein, der häufig meckert. An solchen Tagen haben Sie dann das Bedürfnis sich mit*

eher weniger gesundem Essen zu trösten. Vor allem abends vorm Fernseher sind dann Pralinen sehr verlockend, stimmt das?»

Frau Pfahl: »Mhm, ja.«

Frau Wiese: »Wenn sich also an Ihrer Ernährung etwas ändern soll, scheint es mir wichtig sich darüber Gedanken zu machen, wie Sie sich vor dem Gemecker Ihres Chefs schützen können, oder was Sie ihm entgegen setzen können.«

Frau Pfahl: »Mhm, ja. So sehe ich das auch.«

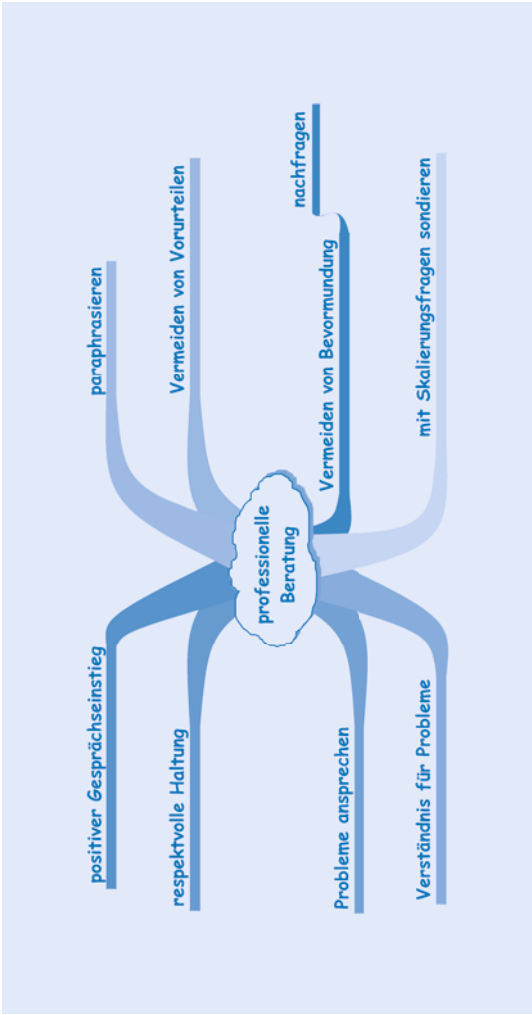
■ ■ Analyse des Beratungsgesprächs

Das Beratungsgespräch dauerte insgesamt 44 Minuten. Der beschriebene Gesprächsauszug zeigt den Beginn des gemeinsamen Treffens auf (Minute: 3–12), (■ Abb. 2.8).

Adipöse Menschen sind Diskriminierungen und Stigmatisierungen in ganz unterschiedlichen Lebensbereichen ausgesetzt. Zu diesem Ergebnis kommt eine Studie, die vom Bundesministerium für Bildung und Forschung (2008) in Auftrag gegeben wurde. Demnach äußert jeder vierte Bundesbürger offen seine negativen Vorurteile gegenüber adipösen Menschen.

Gerade in einer Ernährungsberatung fühlen sich Menschen mit Adipositas zumindest unwohl, oft jedoch auch angegriffen. Dessen ist sich die Physiotherapeutin Beate Wiese bewusst und vermeidet deshalb jegliche Kritik zum Essverhalten von Herrn und Frau Pfahl.

Darüber hinaus weiß Frau Wiese, dass eine Ernährungsumstellung oft eine große Herausforderung ist und die Ursachen für eine Fehlernährung oft tiefer liegen. Deshalb hat sie eine Zusatzausbildung in Gesprächsführung erworben, um Ursachen verstehen und beheben zu können. Denn »nur auf der Verhaltens- oder Verstandesebene erreicht man die Leute nicht. Die Gefühle spielen beim Essen oft eine große Rolle und müssen deshalb auch angeschaut werden.«



■ Abb. 2.8 Mindmap: »Professionelles Beratungsgespräch«

Worauf es bei der Ernährungsberatung ankommt

— Yesyes

- Respektvolle Haltung, die den Menschen »hinter seinem Ernährungsproblem« wahrnimmt
- Neben der Ermittlung von externen Faktoren, welche die Ernährung beeinflussen (z. B. meckern-der Chef) immer auch nach internen Faktoren forschen (z.B. Gefühl von Alleinsein)
- Die individuell unterschiedliche emotionale Bedeutung von Essen erfassen
- Bisherige Ernährungsvorlieben und »Lieblings-orte« des Essens erfassen (z.B. vorm Fernseher, im Bett oder in der Küche) und welche Bedeutung das für den zu Beratenden hat
- Ernährungsziele ermitteln
- Grad der Motivation für eine Ernährungsumstellung ermitteln
- Erfragen, was der zu Beratende benötigt, um seine Ernährung umzustellen (Was hilft? Was hindert?)
- Auffordern, Erfolge zu feiern! (z.B. Kino bei Gewichtsreduktion)

— Nonos

- Kritisierende Haltung, in der der zu Beratende als letztlich willensschwach gesehen wird
- Das Vorgehen einer Ernährungsumstellung vorgeben, statt zu erfragen
- Das »Ernährungsproblem« auf das Essen beschränken, statt mit ganzheitlicher Draufsicht
- Im Gespräch Verbote dominieren, statt die Lust und Freude an guter Nahrung zu betonen

Fazit

Im Gesundheitswesen zählt die Kommunikation zu den Schlüsselfunktionen. Die Beziehung zwischen den Gesprächspartnern, Patienten oder Angehörigen und Ihnen, ist die Basis einer gelungenen Kommunikation. Um professionell kommunizieren zu können, müssen Sie folglich auch an der Beziehung arbeiten. Hierbei sollten Sie immer bedenken, dass dem ersten Eindruck ein großer Stellenwert beigemessen werden muss – ebenso wie der Tatsache, dass auch die Würde des Patienten unantastbar ist! Gesprächstechniken, wie aktives Zuhören, Paraphrasieren oder Spiegeln, führen zu einer verständnisvollen Gesprächsführung und sollten berufsgruppenübergreifend angewandt werden, egal ob es sich um ein Anamnese-, Visiten- oder Beratungsgespräch handelt.

Literatur

1. Abt-Zegelin A (1010) Gehen Sie ein Stück mit mir? Schwester Pfleger 49: 128-130
2. Arnold E (1999) Structuring the Relationship. In: Arnold E; Undermann Boggs K (eds) Interpersonal Relationships. Professional Communication Skills for Nurses. Saunders, Philadelphia
3. Beach MC, Sugarman J, Johnson R, Arbelaez J, Duggan P, Cooper L (2005) Do Patients treated with dignity report higher satisfaction, adherence, and receipt of preventive care? Ann Family Med 3: 331–338
4. Bischofberger I (2002) Das kann ja heiter werden. Humor und Lachen in der Pflege. Huber, Bern
5. Brucksch M, Teyke T, Lenz C, Schurr Marc (2005) Compliance bei Arzneimitteln: ein unterschätztes Problem. Pharmacoeconomics German Research Articles 3: 3–8
6. Chochinov, HM (2007) Dignity and the essence of medicine: the A, B, C, and D of dignity conserving care. BMJ 335: 184–187

7. Corda,RS, Burke HB, Horowitz HW (2000) Adherence to prescription medications among medical professionals. *South Med J*. 93: 585–589
8. Delies S (2009) Schlagfertigkeit – Ausgewählte Problemfälle der Kommunikation. Grin, Berlin
9. Dunbar-Jacobs J et al. (2000) Adherence in chronic disease. *Ann Rev Nursing Research* 18: 48–90
10. Geisler L (2008) Arzt und Patient. Begegnung im Gespräch. Wirklichkeit und Wege. pmi, Frankfurt/Main
11. Heim E, Willi J (1986) Psychosoziale Medizin. Springer, Berlin
12. Herth K (1993) Hoe in the family caregiver of terminally ill people. *J Advanced Nursing* 18: 538–548
13. Huber J (2006) http://www.gruendung50plus.de/tagung-50plus/programm/Jeanette_Huber.pdf
14. Huber J (2009) http://www.dgnb.de/fileadmin/downloads/Consense-2009/Huber_DGNBVfinalxs.key.pdf
15. Jacobson N (2009) Dignity Violation in Health Care. *Qualitative Health Research* 19: 1536–1547
16. Johnson S (2007) Hoe in terminal illness: an evolutionary concept analysis. *Intern J Palliative Nursing* 13: 451–459
17. Ley P (1979) Memory for medical information. *Brit J Social Clinical Psychol* 18: 245–255
18. Kutscher S (2007) Kommunikation – Erfolgsfaktor in der Medizin. Springer, Berlin
19. Matiti MR (2002) Patient dignity in nursing: a phenomenological study. Doctoral thesis. University of Huddersfield
20. Muijsers P (2001) »Wir verstehen uns...oder?« Gesprächskultur für Gesundheitsberufe. Huber, Bern
21. Patsy BM et al. (1990) The relative risk of incidence in coronary heart disease associated with recently stopping the use of beta-blockers. *J Am Med Ass* 263: 1653–1657
22. Peplau H (1995) Interpersonale Beziehungen in der Pflege. Recom, Basel
23. Stephenson C (1991) The concept of hope revisited for nursing. *J Advanced Nursing* 16: 1456–1461
24. Tausch R (1979) Gesprächspsychotherapie. Hogrefe, Göttingen
25. Tausch R (1998) Erziehungspsychologie. Hogrefe, Göttingen

26. Tewes R (2009) Führungskompetenz ist lernbar. Praxiswissen für Führungskräfte in Gesundheitsfachberufen. Springer, Berlin
27. Tschudin V (1995) Counselling Skills for Nurses. Bailliere Tindall, London
28. Van Riet, N, wouters H (2002) Case Management. Ein Lehr- und Arbeitsbuch über die Organisation und Koordination von Leistungen im Sozial- und Gesundheitswesen. interact, Luzern
29. Volmer T, Kielhorn A (1998) Compliance und Gesundheitsökonomie. In: Petermann F (Hrsg) Compliance und Selbstmanagement. Hogrefe, Göttingen
30. Walsh K, Kowanko I (2002) Nurses' and patients' perception of dignity. Intern J Nursing Practice 8: 143–151
31. Watson J (2004). »Nursing Theory and Nursing Practice« Lehrveranstaltung an der Evangelischen Hochschule in Dresden, Studiengang Pflegewissenschaft/Pflegemanagement
32. Wilkinson K (1996) The concept of hope in life-threatening illness. Professional Nurse 11: 659–661
33. WMA (2002) Declaration on Ethical Considerations regarding Health Databases. <http://www.wma.net/en/30publications/10policies/d1/index.html>. Zugegriffen: 14. Juni 2014

Einfach gesagt

Kommunikation für Physio- und Ergotherapeuten

Tewes, R.

2014, XIV, 147 S., Softcover

ISBN: 978-3-662-44359-0