



© Igor Mojzes / Dreamstime

Die wahrscheinlich wichtigste «Technik» der Kommunikation ist das aufmerksame Schweigen.

«Invite the patient's perspective»

Patientenzentrierte Kommunikation

Aufmerksames Zuhören ist mehr als «nichts machen»; es ist ein Angebot, sich Betroffenen mit voller Aufmerksamkeit zuzuwenden und abzuwarten, ob und womit sie den Diskurs fortsetzen wollen.

Prof. Dr. med. Wolf Axel Langewitz

Psychosomatik – Medizinische Kommunikation, Universitätsspital Basel, Basel

Vorbemerkung

Es handelt sich bei diesem Artikel um ein narratives Review der Literatur der letzten drei Jahre, die mit dem Stichwort «patient-centred communication» durchforstet wurde. Die ausgewählten Beispiele zeigen, dass auf diesem Gebiet eine grosse konzeptuelle Unsicherheit herrscht. Es wird daher der Versuch unternommen, das Wesentliche einer patientenzentrierten Kommunikation zu definieren. Diese Definition hat sich in der praktischen Arbeit des Autors als Lehrender, Supervisor und Forschender in unterschiedlichen kulturellen Kontexten und auf unterschiedlichen Niveaus von Lernenden bewährt. Wenn es um die einzelnen, im Artikel angesprochenen Bestandteile einer patientenzentrierten Kommunikation geht, wurden aktuelle Arbeiten, zum Beispiel zum Thema « Klären der Agenda » systematisch mit einem entsprechenden Stichwort gesucht und aufgeführt. Die hier vorgeschlagene Einführung des Begriffes «patientenzentrierte Kommunikation» ist der Versuch, die Vielfalt in den Begriffen und Theorien zu reduzieren. Zu hoffen ist, dass es so gelingen könnte, Anstrengungen in der Fort- und Weiterbildung im Bereich der Kommunikation zutreffend zu beschreiben und Lernziele sowie Evaluationsmöglichkeiten gezielter zu entwickeln.

Definition

Auch heute werden ganz unterschiedliche Definitionen dessen, was unter patientenzentrierter Kommunikation zu verstehen ist, benutzt. Einige Modelle propagieren weit ausgreifende inhaltliche Schwerpunkte, die in einem patientenzentrierten Gespräch abgearbeitet werden sollten: Mead und Bower [1] fordern, dass sich Arzt und Patient als ganze Personen («as whole person») einbringen, sie betonen die Wichtigkeit einer therapeutischen Allianz und der geteilten Macht und Verantwortung. Epstein und Mitarbeitende [2] nennen folgende Ziele einer patientenzentrierten Gesprächsführung: 1. Die

Sichtweise des Patienten herausfinden und verstehen (Sorgen, Vorstellungen, Erwartungen, Bedürfnisse, Gefühle, Auswirkungen im Alltag); 2. einen Patienten in seinem einzigartigen psychosozialen Kontext verstehen; 3. ein gemeinsames Verständnis des Problems und seiner Behandlung erarbeiten, das mit den Werten des Patienten übereinstimmt; 4. Patienten dabei unterstützen, Macht und Verantwortung zu teilen, indem sie an den ihnen wichtigen Entscheidungen beteiligt werden.

Moira Stewart [3] hat in mehreren Arbeiten betont, wie wichtig es für die patientenzentrierte Kommunikation ist, dass Ärzte *aktiv* die Ansichten des Patienten explorieren. Die Forderung nach einer *aktiven* Exploration der Sichtweise von Betroffenen wurde bereits 2006 in einer Arbeit von de Haes kritisch hinterfragt [4]: Es gäbe keine ausreichenden Belege dafür, dass alle Patienten ein Interesse daran hätten, psychosoziale Aspekte anzusprechen, ihre Sorgen mit einer Fachperson zu teilen, eine partnerschaftliche Beziehung zu pflegen oder aktiv einbezogen zu werden in gemeinsame Entscheidungsfindung. Sie empfiehlt, jeweils abzuklären, ob Patientinnen und Patienten in einer Konsultation möchten, dass die Fachperson ihnen «patientenzentriert» begegnet, oder ob sie im Gegenteil eine Konsultation wünschen, in denen die Fachperson die Führung übernimmt, sich zum Beispiel um einen klar umrissenen Auftrag kümmert und Informationen nur auf ausdrücklichen Wunsch mitteilt. Tatsächlich ist in der Praxis evident, dass es in vielen Konsultationen schlicht darum geht, einen konkreten Auftrag abzuarbeiten (zum Beispiel Information zur Impfung, Kontrolle von Blutdruck- und Zuckerwerten). Wenn solche Konsultationen durch ein Narrativ ergänzt werden, ist wahrscheinlich wenig gewonnen.

Diesen eher umfassenden Vorstellungen stellen wir unser Modell entgegen, in dem patientenzentrierte Kommunikation zu einer einfachen Maxime verdichtet wird: *Kommuniziere so, dass sich ein Gegenüber (Patientinnen*

und Patienten oder Angehörige) eingeladen fühlt, seine Sichtweise darzustellen («invite the patient's perspective»). Diese Definition impliziert nicht, dass eine Fachperson immer patientenzentriert kommunizieren sollte; sie lässt Raum für Begegnungen, in denen das Gegenüber seine Position nicht offenlegen will, sondern zum Beispiel schlicht um eine Dienstleistung bittet («Könnten Sie mal den Blutdruck messen?»). Es bleibt allerdings in der Verantwortung der Fachperson zu entscheiden, ob sie dem Wunsch nach «kurz und knapp» nachkommen mag.

Die Rede von der patientenzentrierten Kommunikation impliziert die Abgrenzung von der arztzentrierten Kommunikation. Im Sinne der eingangs kritisierten Vorstellung, eine professionelle Kommunikation sei in erster Linie patientenzentriert, zeigt sich die wahre Könnerschaft in einer dem Gesprächsziel angepassten Mischung dieser beiden Diskurstypen. Ein gutes Gespräch ist also nicht ein patientenzentriertes Gespräch im engeren Sinne, sondern immer eine Mischung aus Gesprächsabschnitten, in denen die Initiative von der Fachperson ausgeht, und solchen, in denen Betroffene führen. Tabelle 1 gibt die wesentlichen Unterscheidungsmerkmale einer arzt- und einer patientenzentrierten Gesprächsführung wieder.

Wenn das zu klärende Problem für Fachperson und Patient eindeutig definiert, oder anders gesagt, wenn eine Arbeitshypothese bekannt ist, die in der Konsultation abgearbeitet werden muss, sind raumschliessende Kommunikationstechniken sinnvoll, die im Rahmen einer bekannten Agenda (zum Beispiel « Klären, ob die Befunde eine Änderung der Therapie nahelegen ») mit einer Serie von geschlossenen Fragen der Fachperson, die eindeutige Antworten einfordern, die Hypothesen klären.

Wenn eine Arbeitshypothese erst erarbeitet werden muss, lohnt es sich, den diskursiven Raum zu öffnen, Betroffene zum Erzählen einzuladen (in ein Narrativ), selber zuzuhören,

Tabelle 1: Wesentliche Unterscheidungsmerkmale einer arzt- und einer patientenzentrierten Gesprächsführung

Charakteristika	Typus	
	Arztzentriert	Patientenzentriert
Erkenntnistyp	Hypothesen überprüfen	Hypothesen generieren
Diskursiver Raum	Raum eingrenzen	Raum öffnen
Kommunikationsform der Fachperson	Fragen stellen	Zuhören
Kommunikationsform der Betroffenen	Antworten	Erzählen
Diskursform	Interrogativ	Narrativ

um ihnen die Möglichkeit zu geben, eigene Perspektiven einzubringen und im Dialog Hypothesen zu erarbeiten.

Aufgrund der unterschiedlich weit ausgreifenden Definitionen von patientenzentrierter Kommunikation ist nachvollziehbar, dass Outcome-Studien schwierig zu bewerten sind. 2012 fassen die Autorinnen und Autoren ihre Ergebnisse in einem Cochrane-Review so zusammen [5] [Übersetzung Autor]: «Die Auswirkungen [der untersuchten Studien] auf Patientenzufriedenheit, Gesundheitsverhalten und Gesundheitsstatus sind gemischt. Es gibt einige Hinweise darauf, dass komplexe Interventionen, die sich an Fachpersonen und Patientinnen und Patienten richten, positive Auswirkungen [auf die o.g. Zielvariablen] haben, wenn sie spezifisch auf die Erkrankung zugeschnittenes Informationsmaterial enthalten».

Um die Breite der empirischen Arbeiten zu verdeutlichen, werden im folgenden Abschnitt einzelne Studien aufgeführt, die mit einem unterschiedlichen Verständnis von patientenzentrierter Kommunikation in unterschiedlichen Populationen verschiedene Outcome-Variablen untersucht haben. Interessierter Leserschaft sei empfohlen, für ihren jeweiligen Interessenschwerpunkt spezifisch nach Arbeiten zu suchen, die in der für sie relevanten Population empirische Belege berichten.

Ausgewählte empirische Befunde zum Nutzen patientenzentrierter Kommunikation

Wichtige Ergebnisse zur Wirksamkeit einer patientenzentrierten Kommunikation kommen aus der Placebo-Forschung, für die exemplarisch eine häufig zitierte Arbeit von Kaptchuk und Mitarbeitenden [6] angeführt wird. Die Autoren haben untersucht, ob Patienten mit Reizdarm-Syndrom, die im Placebo-Arm einer Akupunktur-Studie beobachtet werden, von einer patientenzentrierten Kommunikation des Arztes profitieren. Im Vergleich zu Konsultationen, die dem üblichen Schema folgten, war die «angereicherte» («augmented») Kommunikation mit höherer Lebensqualität und deutlich verminderter Symptomlast vergesellschaftet.

In mehreren Arbeiten wurde nachgewiesen, dass die Patientenzufriedenheit mit ihren Behandlern nach einer Intervention ansteigt, in der die Kompetenz von Fachpersonen im Bereich der patientenzentrierten Kommunikation adressiert wird [7, 8].

Einige Arbeiten untersuchen die Auswirkungen patientenzentrierter Gesprächsführung bei umschriebenen Krankheitsbildern. Als Beispiele werden Arbeiten bei Patienten mit Herzinsuffizienz und mit Bluthochdruck angeführt:

Fabrizio und Mitarbeitende [9] konnten zeigen, dass Personen mit Herzinsuffizienz, die das Ausmass an patientenzentrierter Kommunikation ihrer Behandler als sehr gut bewerten, eine um 30% reduzierte Mortalität aufweisen. In einer anderen Arbeit [10] wurde die Hypothese bestätigt, dass Patienten mit einer chronischen Hochdruckerkrankung, die ihren Behandlern ein besonders hohes Ausmass an patientenzentrierter Kommunikation attestieren, eher Empfehlungen zur Behandlung befolgen.

Krankheitsübergreifend wurden Situationen untersucht, die eine bestimmte Funktion im Rahmen einer stationären Behandlung haben: In einer Übersichtsarbeit zur Frage, ob es sich lohnen könnte, die Kommunikation eines Entlassungsgesprächs zu verbessern [11], wurden sehr unterschiedliche Interventionen untersucht, die nur zum Teil als «patientenzentrierte Kommunikation» im engeren Sinne gelten. Sie umfassten strukturierte Gespräche mit Fachpersonen und Angehörigen, gemeinsame Entscheidungsfindung von Behandlungsteam und Patient mit oder ohne Angehörige, motivierende Gesprächsführung, detaillierte Informationen mit Überprüfung des Wissensstandes des Patienten, etc. Insgesamt liess sich zeigen, dass die Interventionen mit einer tieferen Rate an Hospitalisationen im Follow-up, besserer Therapietreue und höherer Patientenzufriedenheit vergesellschaftet waren.

In einer umfangreichen Multizenter-Studie aus der Pädiatrie berichten Khan und Mitarbeitende [12], dass eine strukturierte Visite, die die Perspektiven aller Beteiligten aufgreift, die Häufigkeit schwerwiegender medizinischer Fehler um 38% reduziert und gleichzeitig aus Sicht der Betroffenen die Qualität der Kommunikation und die Teilhabe der Familien verbessert.

Für Ärztinnen und Ärzte lohnt es sich, im Studium Fertigkeiten in der patientenzentrierten Kommunikation zu erwerben: Wer im Abschlussexamen seines Medizinstudiums schlecht kommunizieren konnte, hat in den ersten Jahren seiner Berufstätigkeit ein deutlich erhöhtes Risiko, mit Patientenbeschwerden und Klagen konfrontiert zu werden [13].

Das zentrale Argument der patientenzentrierten Kommunikation ist ja, dass es wichtig ist, die «Konzepte» der Patienten, also ihre individuelle Sicht auf ihre psychosoziale Situation, auf ihre Erkrankung, auf ihre Möglichkeiten eines Umgangs damit, etc. kennenzulernen und zu berücksichtigen. Hier sind die aktuellen Ergebnisse widersprüchlich. In einer Arbeit wird als Merkmal der psychosozialen Situation einer Person die Einbettung in ein sozial zugewandtes Umfeld erhoben. Betroffene mit einer Herzinsuffizienz, die sich als sozial sehr isoliert beschreiben, haben eine 3,5-fach erhöhte Mortalität und ein um 57%

erhöhtes Risiko einer Einweisung auf eine Notfallstation [14].

Dem steht eine Arbeit gegenüber, die keinen Zusammenhang zwischen den Bewältigungsmechanismen von Patienten mit einem Diabetes mellitus Typ 2 und dem Verlauf des HbA_{1c} über 6–12 Monate findet [15].

Zur Interpretation dieser diskrepanten Ergebnisse muss angeführt werden, dass die Literatur zur Bedeutung von Patientenkonzepten insgesamt von methodischen Problemen geprägt ist: ein häufig retrospektives Design, unklare Definition von «Patientenkonzepten» oder »psychologischen Faktoren«, die es durch einen offenen Gesprächsstil zu erkennen gilt [16].

Zum Schluss sollen zwei aktuelle Arbeiten aus Deutschland diskutiert werden, die bei einer PubMed-Suche unter dem Stichwort «patient-centred communication» angeboten werden. Beide Arbeiten zeigen keinen positiven Zusammenhang zwischen einer mehr patientenzentrierten Gesprächsführung und unterschiedlichen Outcomes in Hausarztpraxen: Eine Studie mit dem verheissungsvollen Begriff der «Narrative Medicine» im Titel [17] geht von der Annahme aus, dass es möglich sein sollte, über das Eröffnen eines freien Erzählraumes das Medikamenten-Einnahmeverhalten von Patientinnen und Patienten positiv zu beeinflussen. Die Hoffnung der Autoren, eine sogenannte Narrations-basierte Kommunikation könnte zu einer Reduktion der Anzahl eingenommener Medikamente führen, bestätigte sich nicht.

Interessant an dieser Arbeit sind zwei Aspekte: Entspricht die Intervention den Zielen einer patientenzentrierten Gesprächsführung und ist das angestrebte Ziel einer Verhaltensänderung mit einer rein raumöffnenden Gesprächsführung zu erreichen? Im Abschnitt «Definition» wurde betont, dass es nicht Aufgabe einer Fachperson sein könne, einem Betroffenen ein patientenzentriertes Gespräch im Sinne einer raumöffnenden Kommunikation aufzunötigen, wenn dies nicht von Betroffenen gewünscht wird. Das Angebot, im Rahmen der Intervention binnen eines Jahres dreimal einen 30-Minuten-Termin zur freien Verfügung zu erhalten, um über Medikamenteneinnahme, Therapieziele und eigene Prioritäten frei erzählen zu können, ist nur dann «patientenzentriert», wenn es von Patientinnen und Patienten gewünscht wurde. Und selbst dann stellt sich die Frage, ob die Frage einer klugen Medikamenteneinnahme – im Sinne der Autoren, eine eingeschränkte Medikamenteneinnahme – über die Diskursform des Narrativs zu klären ist. Kluge Medikamenteneinnahme resultiert aus einem Mix von faktenbasierter Information und Abgleich mit persönlichen Präferenzen. Die Vermittlung von Fakten ist zen-

trales Anliegen der arztzentrierten Gesprächsführung. Wenn dies aus methodischen Gründen nicht angeboten wird, geht ein wesentlicher Teil der *gemeinsamen* Entscheidungskompetenz von Fachperson und Betroffenen verloren. Eine andere Arbeit aus Hausarztpraxen [18] stellt fest, dass Grundversorger, die an einem eintägigen Seminar zur Vermittlung von patientenzentrierter Kommunikation teilgenommen haben, keine zufriedeneren Patienten haben als die Grundversorger in der Kontrollgruppe. Hier gilt eine ähnliche Kritik wie in der oben diskutierten Arbeit von Schäfer und Mitarbeitenden, nur sind die Rollen anders verteilt: Aus der «patientenzentrierten Gesprächsführung» wird die «lernerzentrierte» Schulung, aus den medizinischen Fachpersonen Moderatoren. Hier geht es wieder um die Balance zwischen Aktivitäten, die von den Teilnehmenden ausgehen («learner-centred learning») und denen, die von den Moderatoren ausgehen («expert-centred teaching»). Die Autoren beschreiben die Balance in den Schulungen so: «there was a high proportion of speeches by the participants and only stimuli from the training moderator were given.» Wenn man davon ausgeht, dass die Moderatoren in Bezug auf die Fertigkeiten und die Didaktik der Vermittlung der patientenzentrierten Gesprächsführung mehr wissen als die Teilnehmenden, ist es schade, dass sie diesen ja gewünschten Vorteil an Kompetenz nur in Form von hier und da gesetzten Stimuli einbringen dürfen.

Ungeklärte Fragen: Wie aufwändig müssen Schulungen im Bereich der patientenzentrierten Kommunikation sein?

Es gibt unseres Wissens kaum Arbeiten, die in einer ausreichend grossen Kohorte unterschiedlich intensive Trainingsprogramme gegeneinander testen. Aus den aktuellen Interventionsstudien lässt sich aber mit einiger Wahrscheinlichkeit sagen, dass eine höhere Interventionsintensität bessere Ergebnisse bringt.

Aktuelle Veröffentlichungen, die die Interventionen auf der Ebene der Teilnehmenden evaluieren, berichten über umfangreiche Interventionen [6, 19]. In der Arbeit von Wolderslund und Mitarbeitenden [19] beansprucht die Intervention zwei Tage plus ein Tag Booster-Seminar, plus individuelles Feedback auf eine Video-Aufzeichnung eines Gespräches. In einer ähnlichen Arbeit aus Iowa [8] wurde für das Seminar nur 5 Stunden veranschlagt, dafür erhielten Teilnehmer zweimal «Feedback on the job», um die Anwendung neuer Verhaltens- und Kommunikationstechniken im klinischen

Alltag zu unterstützen. In beiden Arbeiten wurde das tatsächliche Verhalten der Studienteilnehmenden zwar nicht empirisch, zum Beispiel durch die Dokumentation von durchgeführten Gesprächen, untersucht, immerhin wurde nachgewiesen, dass die Selbst-Wirksamkeit der Studienteilnehmer in der Anwendung patientenzentrierter Kommunikation zugenommen hatte. In einer aktuellen Arbeit aus unserer Arbeitsgruppe konnten wir zeigen, dass eine Berufsgruppen-übergreifende Intervention, bestehend aus einem 8-stündigen Seminar und 1:1 Feedback on the Job (zum Beispiel während begleiteter Visiten) über eine Beobachtungszeit von 6 Jahren die Patientenzufriedenheit nachhaltig verbessert [20].

Aus der Feedback-Literatur wissen wir, dass Lernziele im Verhaltensbereich in hohem Ausmass von einem unmittelbaren strukturierten Feedback profitieren [21–23]. Das ist in einem Spital-Setting im Prinzip umsetzbar, da es hier möglich ist, ein Feedback «on the job» durch geschulte Fachpersonen anzubieten. Im niedergelassenen Bereich ist ein solches Angebot schwer vorstellbar. Hier bietet sich an, Begegnungen mit standardisierten Patienten und Patientinnen über eine Web-basierte Schulung einzusetzen, die zu einem Zeitpunkt stattfindet, den interessierte Kolleginnen und Kollegen gemäss ihren Möglichkeiten auswählen können [24].

Wie lässt sich patientenzentrierte Kommunikation operationalisieren?

Detaillierte, mit Beispielen angereicherte Beschreibungen der Techniken der patientenzentrierten Kommunikation finden sich im «Leitfaden Kommunikation im Medizinischen Alltag» der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW) [25] und im vergleichbaren Leitfaden der Ärztekammer Nordrhein [26], dort auch mit eingebetteten Video-Beispielen.

Mit der Kritik an einer zu wenig griffigen Definition der patientenzentrierten Gesprächsführung haben wir begründet, warum diese Arbeit nicht einem systematischen Review-Artikel entspricht. Daher wird im Folgenden versucht, anstatt dessen einzelne Komponenten einer patientenzentrierten Gesprächsführung zu erläutern. Ihre Auswahl basiert auf der langjährigen Erfahrung des Autors in der Lehre, in der Fort- und Weiterbildung und in der Evaluation von Kommunikation in der Medizin. Das heisst, die hier aufgeführten Inhalte lassen sich operationalisieren, vermitteln und evaluieren.

Explizite Struktur

Wir empfehlen, bei jedem Gespräch zunächst zu klären, wie das Gespräch ablaufen wird.

Dazu gehört eine Definition der Themen [27, 28], die in der jetzt anstehenden Begegnung erörtert werden sollten; beide Seiten, Fachperson und Betroffene bringen Themen ein und müssen sich einig werden, was heute Platz hat. Die häufig eingesetzte initiale offene Frage lässt tatsächlich Vieles offen («Weswegen kommen Sie heute zu mir?») und generiert nicht notwendig eine Liste relevanter Themen, sondern wird als Variation von: «Wie geht es Ihnen denn heute?» verstanden. In den dann folgenden Äusserungen der Patienten steckt in der Regel ein Thema, das sie vordringlich beschäftigt und dies führt dazu, dass sich Betroffene und Fachpersonen diesem Thema widmen. Etwaige andere Themen fallen unter den Tisch oder werden beim Abschied («Oh, was ich Sie noch fragen wollte,...») aufgebracht [29, 30]. Das initiale gemeinsame Erstellen einer Liste von Themen soll sicherstellen, dass beide Seiten wissen, was anstehen *könnte*, und vor allem der Fachperson die Möglichkeit geben zu entscheiden, was heute innerhalb eines bestimmten Zeitrahmens vordringlich besprochen werden muss und was auf einen weiteren Termin verschoben werden kann. An dieser Stelle ist es gerade im Spital auch angebracht, andere, besser geeignete Ansprechpartner (zum Beispiel Sozialdienst; Pflege-Expertinnen) ins Spiel zu bringen. Problematisch ist häufig, dass Patienten die Bitte, ihre Anliegen für die Konsultation zu benennen, so verstehen, dass sie jetzt zu ihrem ersten Thema sprechen sollen, ohne weitere eigene Punkte zu erwähnen und ohne der Fachperson die Möglichkeit zu geben, ihre eigene Agenda einzubringen (siehe Hood-Medland, [31]). In diesem Fall müssten die Beschwerden der Patientin einem Thema zugeschrieben werden, zum Beispiel mit einem Satz wie: «Frau X, wenn ich Sie richtig verstehe, ist Ihnen das Thema «Schmerzen im Knie» besonders wichtig. Ich würde trotzdem gerne erst einmal alle Themen sammeln, die heute auf unserer Liste stehen. Was gibt es noch von Ihnen und was sind meine Themen.»

Eine spezifische Variante des expliziten Strukturierens ist das strukturierte Vermitteln von Information. Patientinnen und Patienten auf der Notfallstation sind zufriedener mit Ärztinnen und Ärzten, die nicht nur die Konsultation insgesamt, sondern auch die Informationen bei der Entlassung explizit strukturieren. Sie erleben diese Fachpersonen als fachlich kompetenter [32, 33]. In einer gerade erschienenen Arbeit unserer Arbeitsgruppe liess sich zusätzlich zeigen, dass explizites Strukturieren das Behalten von Informationen gerade bei Patienten mit geringem medizinischem Vorwissen und die Adhärenz mit Verhaltensempfehlungen bei allen Patienten verbessert [34].

Angesichts dieser positiven Ergebnisse ist es schade, dass das explizite initiale Klären der Erwartungen an eine Konsultation in nur einer von 10 Konsultationen vorkommt [31].

Raumöffnende Kommunikation – das aufmerksame Schweigen

Wir haben mit der Abkürzung WWSZ (Warten, Wiederholen, Spiegeln, Zusammenfassen) Techniken zusammengestellt [25], die es der Fachperson ermöglichen, das Rederecht beim Patienten zu belassen oder an ihn zurückzugeben. Die wahrscheinlich wichtigste «Technik» ist das aufmerksame Schweigen, die Bereitschaft der Fachperson, ihrem Gegenüber zuzuhören. Für Betroffene steht das Zuhören der Fachperson weit oben in den Wünschen an eine gelungene Konsultation [35–38]. Das Problem des aufmerksamen Zuhörens ist das Timing: Wie lange ist ein Schweigen hilfreich, wann wird es belastend? In linguistischen Analysen von Konsultationen zeigt sich, dass die Redebeiträge von Person A und Person B schnell aufeinander folgen (im Schnitt nach 200 ms) [39], erst Pausen von über zwei Sekunden Länge werden als solche eindeutig wahrgenommen [40]. Ihre Positionierung und ihre effektive Länge sind mit einem Regelwerk nicht zu beschreiben, die Entscheidung über die angemessene Länge eines Schweigens ist vor allem das Resultat eines aufmerksamen Beachtens der eigenen Befindlichkeit [41]. Auch beim Definieren der Agenda oder beim Vermitteln von Informationen sind ausreichende Pausen wesentlich; sie geben den Betroffenen die Möglichkeit, über das, was sie gehört oder gerade selber gesagt haben, nachzudenken. Bei der Definition von Themen für die Agenda zeigt sich das Ergebnis dieser Verarbeitung in Form eines kurzen Nickens oder eines «hmmhm, ok». Informationen, die eine Neuorientierung bedingen, brauchen Zeit zur Verarbeitung [42]; prozedurale Informationen (was müsste jetzt gemacht werden) profitieren von einer kurzen Pause zur Nachbearbeitung [43].

Aufgreifen von Emotionen

Wir vermitteln Vorgehensweisen, die in dem Akronym NURSE zusammengefasst sind:

- «Naming emotion»: Gefühle benennen;
- «Understanding emotion»: Verständnis für ein Gefühl äussern;
- «Respecting»: Anerkennung zeigen;
- «Supporting»: Unterstützung anbieten;
- «Exploring»: Unklare Gefühle ansprechen und explorieren [44].

Wahrscheinlich ist auch im Umgang mit Gefühlen das aufmerksame Schweigen die wirksamste «Technik», weil sie Betroffenen die Zeit lässt zu entscheiden, ob sie jetzt mit dieser

Fachperson über ihre Gefühle sprechen wollen oder nicht. Gerade bei intensiven Gefühlen ist es den meisten Menschen lieber, mit einer persönlichen Vertrauensperson über Angst oder Trauer zu sprechen. Diese Menschen sind auch in Tränen und mit gebrochener Stimme in der Lage zu sagen: «Was schlagen Sie jetzt vor?» und verlassen damit das Feld der Gefühle und betreten den Bereich der Informationsvermittlung. Wir haben gerade beim aufmerksamen Schweigen den Begriff der Gesprächstechnik mit Vorbehalt angewandt, weil wir davon ausgehen, dass die Bereitschaft geduldig abzuwarten auf einer gelassenen inneren Haltung basiert, die mit «Technik» nicht ausreichend beschrieben ist.

Das Wichtigste für die Praxis

- Patientenzentrierte Kommunikation äussert sich in der Bereitschaft der Fachperson, Betroffenen die Möglichkeit zu geben, ihre eigene Sichtweise zu äussern und dem professionellen Einsatz bestimmter Kommunikationstechniken, die dies ermöglichen.
- Im Praxisalltag wird patientenzentrierte Kommunikation in der Regel kombiniert mit arztzentrierten Gesprächsanteilen; die jeweils angemessene Mischung macht das gelungene Gespräch aus.
- Eine Fülle von empirischen Arbeiten zeigt, dass bestimmte Elemente der professionellen Kommunikation mit psychologischen und medizinischen Outcome-Variablen verknüpft sind.

Korrespondenz

Prof. Dr. med. Wolf Axel Langewitz
Psychosomatik – Medizinische Kommunikation
Universitätsspital Basel
Petersgraben 4
CH-4031 Basel
[wolf.langewitz\[at\]usb.ch](mailto:wolf.langewitz[at]usb.ch)

Disclosure Statement

Der Autor hat deklariert, keine potentiellen Interessenskonflikte zu haben.

Empfohlene Literatur

- 4 de Haes H. Dilemmas in patient centeredness and shared decision making: a case for vulnerability. *Patient education and counseling*. 2006;62(3):291–8.
- 6 Kaptchuk TJ, Kelley JM, Conboy LA, Davis RB, Kerr CE, Jacobson EE, et al. Components of placebo effect: randomised controlled trial in patients with irritable bowel syndrome. *BMJ (Clinical research ed)*. 2008;336(7651):999–1003.
- 9 Fabbri M, Finney Rutten LJ, Manemann SM, Boyd C, Wolff J, Chamberlain AM, et al. Patient-centered communication and outcomes in heart failure. *The American journal of managed care*. 2020;26(10):425–30.
- 20 Scheel-Sailer A, Eich S, Jelmoni L, Lampart P, Schwitler M, Sigrist-Nix D, Langewitz W. Effect of an interprofessional small-group communication skills

training incorporating critical incident approaches in an acute care and rehabilitation clinic specialized for spinal cord injury and disorder. *Frontiers in Rehabilitation Sciences*. 2022 Jul 28;3:883138.

25 Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften. Kommunikation im medizinischen Alltag. Ein Leitfaden für die Praxis. 2019. doi.org/10.5281/zenodo.3576261.



Literatur

Die vollständige Literaturliste finden Sie online unter <https://doi.org/10.4414/smf.2023.09212>.



Prof. Dr. med. Wolf Axel Langewitz
Psychosomatik – Medizinische Kommunikation, Universitätsspital Basel, Basel