

3.2 Grundlagen und Gesprächsführung

3.2.1 Grundlagen der Gesprächsführung und verbale Interventionstechniken für die Psychosomatische Grundversorgung

C. LAHMANN

Ärztliche Gesprächsführung – eine hohe Kunst von hohem Wert

Ein Arbeitsmediziner führt im Laufe seines Berufslebens zahllose Gespräche mit Arbeitnehmern, Führungskräften und Mitarbeitern, im Rahmen von Beratungsgesprächen oder Gesundheitszirkeln, bei Kriseninterventionen oder Arbeitsplatzbegehungen sowie in vielen weiteren Situationen, die nicht selten als herausfordernd erlebt werden. Unsicherheiten in der Gesprächsführung bestehen meist weniger über den Inhalt, dem „was“ – die Herausforderung besteht vielmehr im „wie“, also darin, die beste Kommunikationsstrategie zu finden, um die fachlichen Inhalte zu vermitteln.

Ärztliche Gespräche finden zudem häufig unter schwierigen Rahmenbedingungen statt. Ein Hausarzt spricht durchschnittlich lediglich 7,6 (\pm 4,3) Minuten mit seinem Patienten (Deveugele et al. 2002). Für den Bereich der Arbeitsmedizin liegen keine entsprechenden Daten vor – relevante Abweichungen sind jedoch nicht zu erwarten. Trotzdem sehen sowohl Ärzte als auch Patienten die Ursache von Kommunikationsproblemen nicht in der knappen Zeit, sondern vielmehr in Defiziten in der kommunikativen Kompetenz, die also in erster Linie nach mehr Qualität und nicht nach mehr Quantität der ärztlichen Kommunikation verlangt. Schwierigkeiten in der Gesprächsführung führen unter anderem dazu, dass die Hälfte der Beschwerden in einem durchschnittlichen Arzt-Patienten-Gespräch gar nicht zur Sprache kommt, dass nicht einmal die Hälfte der psychosozialen Probleme und psychischen Störungen erkannt wird (Maguire u. Pitceathly 2002) und dass sich Arzt und Patient in mehr als der Hälfte aller Fälle noch nicht einmal einig sind, was denn eigentlich das hauptsächliche Gesundheitsproblem darstelle (Buddeberg u. Willi 1998). Kunstfehler in der ärztlichen Behandlung sind häufig auf ungenügende Kommunikation zwischen Arzt und Patient zurückzuführen (Buddeberg u. Willi 1998). Darüber hinaus leiden Ärzte mit Schwierigkeiten bei der Gesprächsführung wesentlich häufiger unter Burnout-Symptomen (Ramirez et al. 1996).

Ein systematisches Training in der Gesprächsführung lohnt sich daher für beide Seiten und wurde nicht umsonst im Jahr 2012 als Pflichtbestandteil der Ausbildung in die Approbationsordnung für Ärzte aufgenommen. Ärzte mit guter kommunikativer Kompetenz sind in der Lage, die Probleme ihrer Patienten genauer zu identifizieren, haben eine höhere Selbstzufriedenheit im Beruf und geben eine geringere Stressbelastung durch ihre Tätigkeit an (Maguire u. Pitceathly 2002). Ihre Patienten sind mit der Versorgung zufriedener, verstehen ihre Erkrankung und die Behandlungsoptionen besser und haben mehr Bewältigungsstrategien – auch weil sie ärztliche Therapieempfehlungen eher befolgen und zu Verhaltensänderungen bereit sind.

Was brauche ich für ein Gespräch?

Ähnlich wie komplexe physiologische Funktionen, deren therapeutische Beeinflussung im Krankheitsfall gute Kenntnisse der Pathophysiologie voraussetzt oder fein ineinander verzahnte Unternehmensstrukturen, deren Steuerung Managerqualitäten erfordert, so kann auch die Gesprächsführung leichter gelingen, wenn die Architektur eines Gesprächs und seine feinregulierten Prozesse prinzipiell bekannt sind und dadurch gezielt beachtet werden können. Ein Gespräch umfasst immer die Gesprächspartner, die sich zwischen ihnen zwangsläufig und unmittelbar entwickelnde Beziehung, den Gesprächskontext sowie den Gesprächsrahmen. Auf alle diese Komponenten kann im Gespräch aktiv steuernd Einfluss genommen werden.

Die im Nachfolgenden beschriebenen Möglichkeiten, aktiv zu einem gelingenden Gespräch beizutragen, verstehen sich dabei allerdings nicht als integrale Bausteine eines jeden guten Gesprächs, die im Sinne eines Algorithmus immer bzw. in fester Reihenfolge zur Anwendung kommen sollten. Vielmehr sind es verschiedene Werkzeuge, die – wie der Inhalt eines Werkzeugkoffers – ganz individuell, je nach momentaner Anforderung und angestrebtem Ergebnis, eingesetzt werden können (Tab. 1). Jedes Gespräch ist ein vielschichtiges und einzigartiges Geschehen. Folglich sind auch die potenziell gewinnbringenden, bewusst oder unwillkürlich verwendeten Gesprächsführungstechniken, komplex und vielfältig.

Tab. 1: Ansatzpunkte zur optimierten Gesprächsführung

<p>Der Gesprächskontext</p> <ul style="list-style-type: none"> • Gestalten Sie die Gesprächsatmosphäre (Raumgestaltung, Sitzanordnung etc.) bewusst so, dass Sie sich als Patient dort wohl fühlen würden. • Vermeiden bzw. minimieren Sie Störungen. Sollte dies nicht möglich sein, so weisen Sie zu Gesprächsbeginn aktiv auf mögliche Störungen hin. • Nehmen Sie sich vor dem Gespräch einen kurzen Moment Zeit zur inneren Vorbereitung und Fokussierung. 	<p>Der Gesprächsrahmen</p> <ul style="list-style-type: none"> • Informieren Sie Ihr Gegenüber zu Gesprächsbeginn kurz über Inhalt und Ziel des Gesprächs. • Sofern die Gesprächsdauer sich nicht absehbar durch die Gesprächssituation, z. B. im Rahmen der Impfsprechstunde o. Ä. ergibt, informieren Sie Ihr gegenüber über den Zeitrahmen des Gesprächs. • Kündigen Sie das Gesprächsende einige Minuten vorher an, sofern sich der Gesprächsabschluss nicht in seiner Eigenrhythmik ergibt.
<p>Der Gesprächsführende und seine Techniken der Gesprächsführung</p> <ul style="list-style-type: none"> • Beginnen Sie das Gespräch mit offenen Fragen. • Versuchen Sie vor allem in der Anfangsphase wenig zu unterbrechen. • Lassen Sie Pausen zu, auch von mehreren Sekunden Länge. • Setzen Sie offene und geschlossene Fragen in bewusster und flexibler Weise ein. • Vermeiden Sie Suggestiv-, Schachtel-, Fang- und wertende Frageformen. 	<p>Die Beziehung der Gesprächspartner</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nutzen Sie die Möglichkeit zur aktiven Gestaltung der Beziehung, die im Gespräch gemäß dem Axiom „Man kann im Gespräch nicht nicht in Beziehung sein“ immer entsteht. • Achten Sie auf Ihre eigenen Empfindungen und sprechen Sie vermutete Emotionen beim Gegenüber aktiv an. • Nutzen Sie hierzu die Strategie einer non-konfrontativen, tangentialen Gesprächsführung, z. B. mit Hilfe von Ich-Botschaften oder Metaphern. • Sprechen Sie Kommunikationsstörungen auf der Metaebene (wie läuft der Gesprächsprozesse gerade ab) an.

Der Gesprächskontext

Das Gespräch spielt sich mit all seinen Komponenten vor einem atmosphärisch mehr oder weniger günstigen Hintergrund ab. Die Umgebung und Rahmenbedingungen eines Gespräches werden im Idealfall bewusst gestaltet und auf das jeweilige Gespräch abgestimmt, um eine angenehme Atmosphäre zu schaffen.

Patienten, die schlechte Nachrichten erhalten, sind zufriedener mit dem Gespräch, wenn es an einem angenehmen Ort ohne Unterbrechungen stattgefunden hat. Schon durch diese einfachen, jedoch nicht immer leichten Vorkehrungen kann ein Gespräch positiv beeinflusst werden (Ptacek u. Ptacek 2001). Die räumliche Anordnung der Sitzgelegenheiten sollte ein Gespräch auf Augenhöhe ermöglichen ohne konfrontativ zu wirken. Hier bietet sich z. B. eine Sitzordnung am Schreibtisch über Eck oder bei freistehenden Stühlen im rechten Winkel an, sodass ein ständiger Blickkontakt, der von vielen Menschen als beengend oder bedrohend erlebt wird, nicht vorgegeben ist. Es sollte daran gedacht werden, dass auch die Sitzmöbel in einem Gespräch von vielen Menschen als statusrelevant erlebt werden. So fühlt sich eine Führungskraft, die auf einem einfachen Stuhl dem Betriebsarzt im üppig dimensionierten Bürostuhl gegenüber sitzt, womöglich von Beginn an in einer Defensivposition und wird auf heikle Gesprächsthemen eventuell ungewohnt ablehnend reagieren.

Auch der Arztkittel kann je nach Bedarf bewusst zur Beeinflussung der Gesprächsatmosphäre eingesetzt werden. Von Seiten des Arztes aus kann das Tragen eines Kittels bei eigentlich im Vordergrund stehenden psychosozialen Themen, wie sie z. B. bei chronischen Rückenschmerzen häufig sind, zu einem vorschnellen Wechsel auf die „sichere“ somatische Ebene verleiten. Gleichzeitig neigen Patienten mit psychosomatischen Beschwerden häufig dazu, Ärzte im Kittel als kompetenter und der eigenen somatischen Fixierung näherstehend zu erleben. Daher kann das Tragen des Kittels auch zum leichteren Beziehungsaufbau beitragen.

Die Beachtung und günstige Gestaltung der Gesprächsatmosphäre wird von erfahrenen Ärzten meist zu Recht als eigentlich banal und selbstverständlich eingeschätzt. Umso mehr verwundert es, dass diese einfachen Möglichkeiten zur günstigen Beeinflussung eines Gesprächs in der Praxis dennoch häufig nur ungenügend genutzt werden. Als Grund dafür wird häufig angegeben, dass vorgegebene Rahmenbedingungen die Gestaltung eines günstigen Gesprächskontextes erschweren: Faktoren wie z. B. räumliche Enge oder die Notwendigkeit der Erreichbarkeit in Notfall- oder Vertretungssituationen machen Störungen manchmal unvermeidbar. In diesen Fällen hat es sich sehr bewährt, mögliche Störungen im Vorfeld anzukündigen. Dies zeigt dem Gesprächspartner, dass die Störungen vom Gesprächsführenden als solche wahrgenommen werden, wodurch diese vom Patienten zumeist auch besser toleriert werden. Insbesondere Gespräche unter problematischen Umständen erfordern gute Kommunikationsstrategien.

Der Gesprächsrahmen

Inhalt, Intention und die zeitliche Struktur bestimmen jedes Gespräch. Die Verständigung über diese Rahmenbedingungen schafft eine für den weiteren Gesprächsverlauf

3.2.1 Grundlagen der Gesprächsführung und verbale Interventionstechniken

sehr hilfreiche Struktur und Transparenz für das, was in den kommenden Minuten zu erwarten ist. Dies führt auf Seiten des Patienten zu einer Entängstigung. Dadurch kann sich dieser leichter auf das Gespräch einlassen und ein nicht selten aus Nervosität resultierender hoher Rededruck wird reduziert, wodurch sich das Gespräch – ähnlich einem klar begrenzten Flusslauf – ruhiger entwickeln kann.

So wie das Inhaltsverzeichnis eines Buches den Leser einstimmt und ihn die thematische Struktur erfassen lässt, so können auch Gespräche mit Patienten sehr günstig beeinflusst werden, wenn zu Beginn des Gesprächs die Inhalte benannt werden. Das ist – ggf. analog zu den Kapiteln eines Buches – auch zu geplanten Gesprächseinheiten, z. B. Mitteilung der Befunde einer arbeitsmedizinischen Vorsorgeuntersuchung, möglich.

Darüber hinaus kann es bei einzelnen Gesprächen unabhängig vom Inhalt auch sinnvoll sein, die Intention des Gesprächs zu benennen, dem anderen also mitzuteilen, welches Ziel man gerne erreichen würde, z. B. das Verständnis für oder die Selbstverpflichtung zu einer notwendigen Verhaltensänderung wie Nikotinkarenz oder Gewichtsreduktion.

Die bewusste Arbeit mit den Rahmenbedingungen verhindert schlussendlich, dass Gespräche – vor allem schwierige Gespräche – zeitlich oder inhaltlich entgleiten und dadurch aus dem miteinander Sprechen ein kommunikatives Chaos wird. Zur Struktur trägt nicht zuletzt bei, dass sich der Gesprächsführende vor dem Gespräch einen kurzen Moment Zeit nimmt, um sich die oben genannten Punkte bewusst zu machen: Wie viel Zeit kann und möchte ich mir nehmen, worüber möchte ich sprechen und welche Intention verfolge ich mit dem Gespräch? Hilfreich kann auch ein grob vorformulierter Gesprächsbeginn sein, der neben Begrüßung und Vorstellung auch diese Punkte beinhaltet.

Der Gesprächsführende und seine Techniken in der Gesprächsführung

Fragen und Zuhören sind unverkennbar die wesentlichen Bestandteile der Gesprächsführung. Insbesondere die häufig unterschätzte Kunst des Zuhörens oder vielmehr des Verstehens ist von wesentlicher Bedeutung.

Zuhören

Voraussetzung jeder adäquaten Diagnosestellung und Therapie ist das Vorliegen aller relevanten Informationen. Um diese unentbehrlichen Informationen hören bzw. aufnehmen zu können, ist es wichtig, Kommunikationsprozesse zu verstehen. Dazu sollte man sich zunächst bewusst machen, dass Kommunikation immer mehrere Ebenen umfasst (Argelander 1999).

1. Die Ebene der objektiven Information

Dieser Bereich umfasst persönliche Angaben, wie biographische Fakten, objektivierbare Verhaltensweisen und individuelle Merkmale der Persönlichkeit des Gegenübers. Der Fokus ärztlicher Gespräche liegt meist auf dieser Ebene der objektiven Information.

2. Die Ebene der subjektiven Information

Der Patient teilt immer auch etwas über seine Gefühle, sein inneres Erleben und damit auch häufig über seine subjektive Krankheitstheorie mit. Dies kann ganz offen, verschleiert oder andeutungsweise, verbal oder nonverbal geschehen. Achtet man beim Zuhören aktiv auch auf diese Ebene, so hat man die Chance zu erfahren, was die „objektiven Tatsachen“ für das Gegenüber subjektiv bedeuten. Da sich die individuell erlebte Realität eines Menschen aus seiner subjektiven Wahrnehmung konstruiert, ist ein Verstehen dieser subjektiven Ebene vor allem dann von klinischer Relevanz, wenn es zu Kommunikationsstörungen wie wiederkehrenden Missverständnissen, Unverständnis, Non-Compliance oder anderen dysfunktionalen Verhaltensweisen kommt.

3. Die Ebene der szenischen Information

Jedes Gespräch ist immer auch in einen Beziehungskontext eingebettet. Vor allem bei schwierigen oder sich wiederholenden Gesprächen lohnt es sich, bewusst darauf zu achten, was der Patient auf zwischenmenschlicher Ebene mitteilt und wie er die Beziehung nonverbal durch Mimik, Gestik und Tonfall mitgestaltet.

Ziel sollte ein aktives Zuhören mit allen Sinnen auf allen Ebenen der Kommunikation sein. Therapeutische Neugier, ernsthaftes Interesse und Authentizität sind dabei wesentlich. Dem anderen Zuhören statt ihn lediglich „Auszuhören“ erfordert auch sich zurückzunehmen und sich auf den anderen einzustellen. Entscheidend für das Gelingen ist nicht die Dauer, sondern die Qualität des aktiven Zuhörens, das schon innerhalb von Sekunden bis Minuten wirksam werden kann.

Was die kleine Momo konnte wie kein anderer, das war Zuhören. Das ist doch nichts Besonderes, wird nun vielleicht mancher Leser sagen, zuhören kann doch jeder. Aber das ist ein Irrtum. Wirklich zuhören können nur ganz wenige Menschen. Und so wie Momo sich aufs Zuhören verstand, war es ganz und gar einmalig. Momo konnte so zuhören, dass dummen Leuten plötzlich sehr gescheite Gedanken kamen. Nicht etwa, weil sie etwas sagte oder fragte, was den anderen auf solche Gedanken brachte, nein, sie saß nur da und hörte einfach zu, mit aller Aufmerksamkeit und aller Anteilnahme. Dabei schaute sie den anderen mit ihren großen, dunklen Augen an und der Betreffende fühlte, wie in ihm auf einmal Gedanken auftauchten, von denen er nie geahnt hatte, dass sie in ihm steckten. Sie konnte so zuhören, dass ratlose oder unentschlossene Leute auf einmal ganz genau wussten, was sie wollten. Oder dass Schüchterne sich plötzlich frei und mutig fühlten. Oder dass Unglückliche und Bedrückte zuversichtlich und froh wurden. Und wenn jemand meinte, sein Leben sei ganz verfehlt und bedeutungslos und er selbst nur irgendeiner unter Millionen, einer, auf den es überhaupt nicht ankommt, und er ebenso schnell ersetzt werden kann wie ein kaputter Topf – und er ging hin und erzählte alles das der kleinen Momo, dann wurde ihm, noch während er redete, auf geheimnisvolle Weise klar, dass er sich gründlich irrte, dass es ihn, genauso wie er war, unter allen Menschen nur ein einziges Mal gab und dass er deshalb auf seine besondere Weise für die Welt wichtig war. So konnte Momo zuhören!

(Michael Ende: »Momo«. Stuttgart 1973)

3.2.1 Grundlagen der Gesprächsführung und verbale Interventionstechniken

Anknüpfend an die drei Ebenen der Information hat der Kommunikationswissenschaftler Schulz von Thun das 4-Ohren-Modell entwickelt (Schulz von Thun 1981). Demnach können alle Nachrichten eines Kommunikationsprozesses stets unter vier Aspekten verstanden – also mit vier Ohren gehört – werden. Daher werden Nachrichten jeweils auch mit diesen vier Teilaspekten gesendet – also mit „vier Schnäbeln“ gesprochen. Untersucht man beispielsweise mit Hilfe von Videoaufzeichnungen von Patientengesprächen im Rahmen der psychosomatischen Grundversorgung, was sich verändert, wenn der Zuhörende sich aktiv auf Aspekte der Botschaft konzentriert, die über die Sachebene hinausgehen, so ist es verblüffend, wie viel mehr dadurch in einem Gespräch verstanden wird. Mit dem Sachohr („Worum geht es?“) zuzuhören, fällt Ärzten vor dem Hintergrund ihrer stark sachbezogenen Ausbildung selten schwer. Jede Nachricht enthält aber auch etwas, das der Sprecher von sich kund tut. Dies kann mit dem Selbstoffenbarungsohr („Was gibt mein Gegenüber von sich preis?“) erfasst werden. Damit eng verwoben ist das, was die Nachricht über die Beziehung der beiden Gesprächspartner offenbart. Wer mit dem Beziehungsohr („Wie empfindet bzw. gestaltet mein Gegenüber die Beziehung zu mir?“) zuhört, versteht, wie sein Gegenüber die Beziehung erlebt. Dies kann sowohl dazu dienen, mögliche Beziehungsstörungen in der Frühphase zu erkennen, als auch von Beginn an zum Aufbau einer vertrauensvollen und belastbaren Beziehung der Gesprächspartner beitragen. Eine solche Beziehung kann wiederum als tragfähige Basis für schwierige Gesprächsinhalte dienen. Schlussendlich haben Gespräche auch einen intentionalen Aspekt. Das Hören mit dem Appellohr („Was will mein Gegenüber von mir?“) kann helfen, das drängendste Anliegen des Patienten zu verstehen und den roten Faden des Gesprächs nicht zu verlieren. Dies ermöglicht auch das Gespräch mit dem Gefühl zu beenden, dass etwas erreicht wurde.

Hören mit vier Ohren – ein Beispiel aus der Betriebsmedizin

Ein vierzigjähriger Arbeitnehmer mit seit mehreren Wochen bestehenden Rückenschmerzen sucht die betriebsärztliche Dienststelle zum wiederholten Male auf und berichtet: „Frau Doktor, die Tabletten haben gar nicht geholfen. Mein Rücken wird immer schlimmer. Ich kann mich vor Schmerzen gar nicht mehr konzentrieren, das alles halte ich nicht mehr aus. Ich war schon wieder drei Tage zu Hause auf der Couch gelegen. So kann das nicht weitergehen, da muss doch was zu machen sein.“

Was bedeutet nun mit den vier Ohren zu hören?

Sachohr: Die medikamentöse Intervention schlägt klinisch nicht ausreichend an.

Selbstoffenbarungsohr: Die Beschwerden belasten den Patienten sehr, aber offenkundig ist er im Umgang mit ihnen eher passiv.

Beziehungsohr: Die Arzt-Patienten-Beziehung ist angespannt; zwischen den Zeilen ist ein Vorwurf an die Ärztin zu hören.

Appellohr: Sorgen Sie dafür, dass meine Rückenschmerzen – am besten durch passive Maßnahmen – besser werden.

Aus dem mehrdimensionalen Verstehen ergeben sich hier Möglichkeiten für eine funktionale Gestaltung des weiteren Gesprächs. Die angespannte Beziehung und der im Unterton mitschwingende Vorwurf können aufgegriffen werden („Ich habe den Eindruck, dass Ihnen die Schmerzen ziemlich zusetzen und Sie mit dem bisherigen Verlauf unzufrieden sind.“) und in einen Wunsch umformuliert werden („Was würden Sie sich wünschen?“ Und je nach Antwort: „Wie realistisch schätzen Sie diese Erwartung ein?“).