

> Über die Kunst, ein Gespräch mit Patienten zu führen:

„Patienten erzählen nichts Irrelevantes“

Sowohl in der Pflege als auch in der Medizin sind die Informationen, die Patienten geben, eine wesentliche Grundlage für das professionelle Handeln. Gleichwohl ist es gerade die Kommunikation, die bei großem Arbeits- und Zeitdruck oft als Erstes leidet. Das Resultat ist Unzufriedenheit auf beiden Seiten, im schlimmsten Fall sogar eine gravierende pflegerische oder medizinische Fehlentscheidung. Grund genug, dem Gespräch mit Patienten besondere Aufmerksamkeit zu schenken. Für die Pflegezeitschrift sprach Dorit Kobusch über dieses Thema mit der Sprachwissenschaftlerin Johanna Lalouschek.

Was fasziniert Sie besonders am Thema Krankheit und Kommunikation?

Johanna Lalouschek: Das Faszinierende an diesem Thema ist, dass es so eine herausfordernde Form von Kommunikation ist. Es ist eine Herausforderung für die Ärzte und Pflegenden, einerseits professionell zu agieren, ihr ganzen Fachwissen in die Diagnostik und die Therapie einzubringen und andererseits gleichzeitig darauf zu achten, dass Personen, wenn sie krank sind, sich in einem Ausnahmezustand befinden. Sie befinden sich in einem sehr speziellen Erleben, haben bestimmte Anliegen, Erwartungen, Bedürfnisse, die auch beachtet werden müssen. Es ist interessant zu sehen, wie Patienten dieses existenzielle Erleben in eine sprachliche Form bringen. Hinzu kommt das Problem, dass speziell in der Bio- oder Schulmedizin der Bereich des existenziellen Erlebens draußen vor der Tür gelassen und ausgeblendet wird. Es wird sich stärker auf den professionell zu bearbeitenden Bereich der symptomatischen Diagnostik und der Therapie konzentriert. Wenn man sich mit dem existenziellen Geschehen nicht befassen muss, fällt die Kommunikation scheinbar leichter, aber das ist der Knackpunkt, an dem Probleme entstehen. Diese Komplexität finde ich faszinierend.

Wie würden Sie denn diesen „existenziellen Teil“ definieren?

Johanna Lalouschek: Es gibt in der Linguistik die Begriffe „the voice of the lifeworld“ und „the voice of medicine“. Also es geht um die Sprache der Lebenswelt versus die Sprache der Medizin. Wenn

ich eine Krankheit habe, dann steht für mich das Erleben dieser Krankheit in meinen ganzen alltäglichen Zusammenhängen im Vordergrund. Dass ich zum Beispiel bestimmte Sachen nicht mehr machen kann, gerade bei chronischen Erkrankungen. Dazu kommt die Angst vor der Krankheit, die Bedrohung und das Erleben der Vergänglichkeit. Und diese Bereiche der „voice of the lifeworld“ sollten sinnvollerweise mitbehandelt werden, weil sie ja mit der Erkrankung erlebt werden und sie die Einstellung zur Krankheit, zur Therapie, zur Mitarbeit bei der Behandlung mitbestimmen.

Können Sie mir einige typische Muster nennen, wie Patienten über ihre Krankheit reden?

Johanna Lalouschek: Es gibt zum Beispiel einen großen Unterschied zwischen erfahrenen und nicht so erfahrenen Patienten. Die erfahrenen Patienten kennen sich mit ihrer Krankheit recht gut aus und tendieren dazu, die Stimme der Ärzte zu reproduzieren. Das heißt, sie verwenden eine fachnahe Sprache und präsentieren eine Darstellung ihrer Beschwerden, die sehr stark an die Erwartungen der Ärzte angeglichen ist. Je länger Patienten schon mit Gesundheitsinstitutionen zu tun hatten, umso besser lernen sie im Laufe der Zeit, sich daran anzupassen. Patienten, die sich sehr stark an die Erwartung der Ärzte angleichen, gelten als weniger schwierig. Das ist sozusagen eine Form von Kooperativität.

Ein weiteres Beispiel sind Patienten, die mit therapeutischen Verschreibungen

nicht zufrieden sind und etwas ändern wollen oder die irgendetwas belastet. Sie tendieren dazu, ihr Anliegen häufig nur anzudeuten. Wir nennen das Relevanzmarkierungen. Das funktioniert so: Die Frage nach den Beschwerden kommt und der Patient beschreibt die Symptomatik. Dann sagt er noch etwas wie „Es ist halt schwer“ dazu oder fängt eine kurze Erzählung an. Das wird oft sehr schnell unterbrochen. Oder wenn Patienten Gespräche mit einem Arzt führen und der Arzt fängt an, Formulare auszufüllen oder zu schreiben, dann nutzen sie solche Gesprächspausen, um etwas zu sagen. Ich nenne Ihnen das Beispiel eines Diabetikers, der auf Insulin eingestellt werden sollte, nachdem er jahrelang Tabletten bekommen hatte. Als der Arzt anfängt zu schreiben, sagt er: „Es ist ja jetzt verhältnismäßig lang gegangen mit den Tabletten, normalerweise sagt man, das geht 10 Jahre, ich bin nun aber fast 15 Jahre damit ausgekommen“ und erzählt noch eine halbe Minute davon. Der Arzt beendet seine Notizen und sagt dann: „Ah ja. Haben Sie Kinder?“

Wenn man sich das genau anschaut, wird deutlich, dass hinter dieser Erzählung ein ganz relevanter Verarbeitungsprozess steht. Denn der Patient erkennt, dass sich seine chronische Erkrankung verändert hat und er eine andere Medikation braucht – und er sozusagen älter und kränker wird. Hinter seiner scheinbar nebensächlichen Bemerkung verbirgt sich in Wirklichkeit ein emotional schwieriges und für ihn wichtiges Thema. Wir beobachten sehr häufig, dass solche Signale nicht aufgenommen werden, sie müssen ja auch nicht aufgenommen werden, da sie ja nicht erfragt worden sind. Die Ärzte empfinden solche Bemerkungen häufig als Störung. Wir haben jedoch herausgefunden, dass solche Erzählversuche der Patienten im Gespräch häufiger vorkommen, wenn sich Mediziner das zunächst nicht anhören wollen. Es ist also ein Trugschluss zu denken, dass durch diese Unterbrechungen die Gespräche kürzer und straffer würden. Sie dauern eher länger, weil die



Dr. phil. Johanna Lalouschek, M.A., ist selbstständige Gesprächsforscherin und -beraterin sowie wissenschaftliche Assistentin am Institut für Sprachwissenschaft der Universität Wien. Sie beschäftigt sich besonders mit medizinischer Kommunikation, ärztlicher Gesprächsfortbildung und öffentlicher Gesundheitskommunikation.

Patienten immer wieder versuchen, diese Themen einzubringen.

In diesen Geschichten sind also relevante Informationen versteckt?

Johanna Lalouschek: Natürlich. Wenn wir zu dem oben genannten Beispiel zurückkehren, kann man sehen, dass für den Patienten ein ganz wichtiger Verarbeitungsprozess abläuft. Wenn man dies zur Kenntnis nimmt, weiß man, auf welcher Basis die therapeutische Änderung erfolgt und wie der Patient damit umgehen wird. Das hat viel mit dem Begriff der Compliance zu tun. Wenn ich als Arzt weiß, wie gut informiert ein Patient ist, ob er die Behandlung eigentlich will, oder ob die Erkrankung oder die Veränderung der Therapie für ihn ein herausforderndes oder heikles existenzielles Geschehen darstellt, dann kann ich von vorneherein beurteilen, ob die Behandlung einfach verlaufen wird oder der Patient mehr Erklärung, Betreuung, Unterstützung benötigt und es aufwändiger wird. Ärzte verwechseln solche individuellen Verarbeitungsprozesse oft mit mangelnder Kooperativität. Wenn das nicht reflektiert wird und diese Zeit und Aufmerksamkeit nicht investiert wird, kommt es leicht vor, dass ein Patient einfach als non-compliant abgetan wird.

Welche Anforderungen ergeben sich daraus für Mediziner und Pflegende?

Johanna Lalouschek: Eine Anforderung ist, von dem Vorurteil wegzukommen, dass es nicht relevant ist, wenn die Patienten mehr erzählen wollen, als ich zunächst einmal wissen will und wissen muss. Das ist ein Vorurteil, das sich durch die gesamten medizinischen Institutionen zieht. Nach meiner Interpretation liegt es darin begründet, dass es einfacher fällt, sich nicht mit etwas auseinanderzusetzen, wenn man sagt, der Patient erzählt Irrelevantes. Darin zeigt sich

jedoch eine mangelnde Achtsamkeit gegenüber Menschen, die ja im Leben stehen und ihr Leben leben. Das ist gerade zu eine abwertende Haltung, wenn man meint, dass Patienten ins ärztliche Gespräch kommen und man sie dann mit ganz exakten Fragen und Unterbrechungen fest zügeln muss. Man muss sich klar werden, dass Patienten nicht einfach irgendetwas erzählen. Man muss einsehen, dass das, was Menschen mir zu ihren Beschwerden oder Erkrankungen erzählen, relevant ist, auch wenn ich es nicht sofort verstehe oder es nicht hundertprozentig zu dem passt, was ich gerade brauche.

Da kommen wir dann zu dem Problem, dass das Gesundheitssystem anders geordnet ist. Als relevant gilt dort das, was das professionelle Team macht, und die Patienten müssen sich dem fügen. Allerdings leiden viele Ärzte und Pflegende darunter. Denn da ist ein Konflikt: Man soll rasch Informationen kriegen, Formulare ausfüllen, aber man würde gerne länger mit dem Patienten sprechen. Wie soll man das in der begrenzten Zeit machen? Ärzte und Pflegende sind ebenso Opfer der Institution und ihrer Ordnung, die die Prioritäten und die Arbeitsbedingungen festlegt.

Was sind Ihre Empfehlungen für ein Gespräch, das für beide Seiten befriedigend ist?

Johanna Lalouschek: Die Hauptsache, und das trifft nach unseren Studien für alle Institutionsteile und Organisationen und alle Situationen wie Anamnesegespräche und andere Gespräche zu, sind Transparenz und Orientierung. Das sind die Schlüsselwörter. Wenn ich am Beginn eines Gespräches dem Patienten deutlich mache, wer ich bin, welche Funktion ich habe, was für einen Zweck das Gespräch hat und wie groß der Zeitrahmen ist, dann können sich die Patienten darauf einstellen. Und das tun sie dann auch. Häufig übersehen wird, dass Patienten Informationen, die die Institutionsinsider haben, nicht besitzen. Patienten kommen in eine solche Institution und sehen zuerst nur Menschen in weißen Kitteln und wissen nicht, was für ein Gespräch jetzt geführt werden soll. Der Patient ist zunächst einmal ein Mensch mit einem Anliegen, der nicht weiß, bei welchem Teil des Teams er dieses Anliegen sinnvoll anbringen kann. Wenn der Arzt jedoch sagt: „Ich bin nicht der behandelnde Arzt, es gibt nachher noch ein Gespräch mit dem Oberarzt, der

wird Sie dann genauer beraten“, dann wird der Patient nicht versuchen, schon jetzt sein Anliegen zu schildern, und wird sich in seiner sprachlichen Präsentation darauf einstellen.

Als Mediziner und Pflegender sollte man sich zu Beginn eines Gesprächs auch für die gemeinsame Gesprächsplanung klar machen, was genau das Anliegen des Patienten ist. Denn viel zu oft wird vorausgesetzt, die eigene professionelle Aufgabe wie etwa die körperliche Untersuchung wäre auch genau das Anliegen des Patienten. Dies muss aber gar nicht zutreffen. Patienten haben oft ganz andere Anliegen, wie etwa Fragen zu Nebenwirkungen oder ob Symptome, die aufgetreten sind, beunruhigend oder der normale Krankheitsverlauf sind. Eine gute Möglichkeit hier ist, zu Beginn des Gesprächs ernsthaft nach dem Anliegen zu fragen und auch eine Nachfrage nicht zu scheuen, da Patienten bei heiklen Themen nicht gerne mit der Tür ins Haus fallen. Eine mangelnde rechtzeitige Klärung des Anliegens kann dazu führen, dass Patienten während des Gespräches öfter die schon erwähnten Erzählversuche unternehmen oder ganz am Ende plötzlich mit einer schwierigen Frage herausrücken, für deren Bearbeitung dann aber keine Zeit mehr besteht. Deshalb optimiert eine frühzeitige Klärung die eigene Gesprächsplanung und schützt vor Überraschungen: Man kann beispielsweise sagen „Gut, dann machen wir jetzt die Untersuchung und besprechen danach Ihr Anliegen.“ So werden weder die notwendige Diagnostik noch der Patient mit seiner Lebenswelt vernachlässigt.

Das sind kleine Schritte zu Beginn einer Behandlung oder einer pflegerischen Intervention die nicht viel Zeit kosten, aber eine große Wirkung haben. Diese Orientierungshandlungen als Vorbereitung des Gespräches fördern die gesamte Gesprächsqualität. Denn unsere Studien zeigen, dass diese Investition in Zeit und Aufmerksamkeit zu Beginn bewirkt, dass Gespräche sich verkürzen, effizienter werden, weniger kompliziert und weniger ungeordnet verlaufen und beide Seiten zufriedener sind.

Ich bedanke mich für dieses interessante Gespräch!

Information

Das vollständige Interview kann nachgelesen werden unter www.pflegezeit-schrift.de, Rubrik „Aktuelles Heft“.