

ARZT-PATIENTEN-KOMMUNIKATION

MODUL FÜR MODERIERENDE

AUGUST 2025



INHALT

PROLOG	3
ARBEITSZIELE	4
THEMENHINTERGRUND	5
EMPFEHLUNGEN FÜR MODERIERENDE	13
BEISPIELE	22
UNTERSTÜTZENDE MATERIALIEN	25
KURZVERSION SITZUNGSABLAUF	28
INFORMATIONSQUELLEN	30
IMPRESSUM	32

Autoren und Mitwirkende:

Dr. paed. Steffi Biskupek-Kräker
Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin, Leipzig

Dr. med. Stephan Gotsmich
Facharzt für Allgemeinmedizin, Landshut

Dr. med. Tomas Arato
Ärztlicher Psychotherapeut, Worms

Dr. med. Jochen Gleißner
Facharzt für Urologie, Worms

Dr. med. Christoph Männel †
Facharzt für Allgemeinmedizin, München

Prof. Dr. phil. Dipl.-Psych. Jörg Pscherer
Psychologischer Psychotherapeut, Nürnberg

KOMMUNIKATION IST ...

... eine ärztliche/psychotherapeutische Kernkompetenz. Eine gute Kommunikation zwischen Ärzten/Psychotherapeuten und ihren Patienten beeinflusst den Behandlungsverlauf und das Behandlungsergebnis positiv. Dagegen können Kommunikationsprobleme sowohl auf der Seite der Patienten als auch der Ärzte/Psychotherapeuten zu Missverständnissen oder Unzufriedenheit führen und im schlimmsten Fall die Patientensicherheit gefährden. Eine sichere Gesundheitsversorgung benötigt daher auch eine gelungene Kommunikation.

Um Patientinnen und Patienten gut und sicher zu versorgen, bedarf es verschiedener Kommunikationsprozesse. Dazu zählt in erster Linie das Arzt-Patienten-Gespräch, das Grundlage für die Anamnese, Diagnostik und Therapie oder Weiterbehandlung ist. Ärzte erheben Informationen (Beschwerden, Symptome, soziales Umfeld usw.) und vermitteln Informationen (Therapieansatz, Arzneimittelwirkungen, Kontakt- und Selbsthilfestellen). Sie erläutern ihr Vorgehen. Zusätzlich beraten Ärzte und Praxispersonal die Patienten zum Beispiel zu Fragen einer gesunden Lebensführung oder zu Präventionsangeboten. Dabei sollen Ärzte Empathie zeigen und eine Beziehung zu den Patienten aufbauen. Das Gespräch ist wichtige Voraussetzung für die Patientenadherence.

Ärzte hören zu, fragen nach, reflektieren, klären auf, informieren, erklären und motivieren. Studien belegen, dass ärztliche Überzeugungsarbeit die Wirksamkeit einer Therapie steigern kann.

Viele Informationen geben die Patienten bereits am Telefon oder am Empfang an das Praxispersonal, also die Medizinischen Fachangestellten, weiter. Solche Informationen sind notwendig, um zum Beispiel über die Dringlichkeit der Behandlung zu entscheiden, insbesondere in Notfallsituationen. Für einen reibungslosen Praxisablauf stellt daher die interne Kommunikation im Team eine grundlegende Voraussetzung dar. Teambesprechungen sorgen dafür, dass jedes Teammitglied seine Rolle in diesem Prozess kennt und wahrnimmt und über die für seine Aufgaben notwendigen Informationen verfügt.

Je nach Komplexität oder Schwere der Erkrankung sind weitere Ärzte und Ärztinnen, zum Beispiel im Krankenhaus, Therapeuten und Therapeutinnen, Pflegedienste oder andere Professionen in den Behandlungsprozess der Patienten eingebunden. Eine klar definierte mündliche oder schriftliche externe Kommunikation mit allen beteiligten Akteuren ist dabei eine wichtige Voraussetzung für den Behandlungserfolg.

Qualitätszirkel bieten einen geschützten Raum, um Kommunikationsprozesse aus dem Arbeitsalltag der Teilnehmenden zu reflektieren und so ihre Kommunikationskompetenz weiterzuentwickeln. Das hier vorliegende Modul, das den Fokus auf das Arzt-Patienten-Gespräch legt, soll dabei hilfreiche Unterstützung bieten. Es versteht sich als Empfehlung und kann frei ausgestaltet werden.

**„DER ALTE ARZT SPRICHT
LATEINISCH, DER JUNGE
ARZT SPRICHT ENGLISCH.
DER GUTE ARZT SPRICHT DIE
SPRACHE DES PATIENTEN.“**

Prof. Ursula Lehr, 1988 bis 1991 Bundesministerin für Jugend, Familie, Frauen und Gesundheit

Darüber hinaus ist das Thema Kommunikation in fast allen Themen-Modulen für Qualitätszirkel verankert (www.kbv.de/qz, Stichwort Module). So geht es beispielsweise bei einer Patientenfallkonferenz im Qualitätszirkel um die Erörterung von komplexen Patientenfällen und die Weiterentwicklung der Behandlungspraxis im kollegialen Dialog, dabei spielt die Analyse der Arzt-Patienten-Beziehung eine wichtige Rolle. Im Modul „Anwendung von Coaching-Techniken“ steht die kollegiale Beratung im Mittelpunkt und im Modul „Suchtmittelgebrauch“ stellt die motivierende Gesprächsführung das zentrale Element dar, um nur einige Beispiele zu nennen.

ARBEITSZIELE

FÜR TUTOREN

- › Tutoren wissen um die Bedeutung der Arzt-Patienten-Kommunikation für eine erfolgreiche Patientenversorgung und können sie Moderierenden darstellen.
- › Sie besitzen Kenntnisse zu Grundprinzipien und Methoden der Kommunikation, insbesondere auch zu den Besonderheiten der Arzt-Patienten-Kommunikation, und können diese Moderierenden vermitteln.
- › Tutoren verfügen mit dem Modul über einen Leitfaden, mit dem das Thema in Grundzügen mit Ärzten und Therapeuten im kollegialen Austausch bearbeitet werden kann.
- › Auf der Grundlage des hier vorliegenden Moduls können sie Moderierende anleiten, einen Qualitätszirkel (QZ) zum Thema durchzuführen.

FÜR MODERIERENDE

- › Moderierende verfügen über theoretische Grundkenntnisse zum Ablauf von Kommunikationsprozessen und zu verschiedenen Kommunikationsmodellen.
- › Sie haben einen strukturierten Ablaufplan zur Durchführung einer Qualitätszirkelsitzung zum Thema Arzt-Patienten-Kommunikation erhalten und können einen Zirkel danach moderieren.
- › Moderierende können die empfohlenen Medien und Instrumente für eine strukturierte Zirkelarbeit nutzen.
- › Sie können mit den QZ-Teilnehmenden interaktiv am Thema arbeiten.

FÜR QUALITÄTSZIRKEL-TEILNEHMENDE

- › Qualitätszirkel-Teilnehmende haben ihre Kommunikationskompetenz weiterentwickelt.
- › Sie haben verschiedene Modelle der Arzt-Patienten-Kommunikation kennengelernt und können sie für den Praxisalltag nutzen.
- › Sie sind in der Lage, ihre Kommunikation situativ auf verschiedene Patientengruppen einzustellen und haben Sicherheit gewonnen.
- › Qualitätszirkel-Teilnehmende können eigene Unsicherheiten in der Kommunikation erkennen und abbauen und einen eigenen Stil entwickeln.
- › Die Rolle der Gesprächsführung im Praxisalltag ist erkannt.

THEORETISCHE GRUNDLAGEN

Die Kommunikation zwischen Ärzten und Patienten umfasst verschiedene Aspekte, die im Rahmen der Zirkelarbeit erörtert werden sollten und die durch geeignete Instrumente unterstützt werden. Das sind zum Beispiel:

- › Aktives Zuhören
- › Nachfragen
- › Erläutern (Was mache ich?)
- › Informieren (z. B. zu Medikation, Lebensführung)
- › Gemeinsam Entscheidungen treffen
- › Motivieren
- › Patienten führen/lenken

Schweickhardt und Fritzsche¹ beschreiben die Ziele der ärztlichen Konsultation wie folgt:

1. Aufbau einer guten Arbeitsbeziehung
2. Präzise Definition des Patientenproblems durch Austausch von Informationen über Gründe der Konsultation, Ursache für die dargestellten Beschwerden, Kennenlernen der Belastungen durch die Erkrankung und die konkreten Ziele der Konsultation
3. Verbesserung der Kompetenz des Patienten durch Information und Beratung
4. Treffen medizinischer Entscheidungen mit dem Patienten
5. Sicherung der Compliance und Angebot von emotionaler Unterstützung in belastenden Situationen

In dieser Publikation finden sich zahlreiche Beispiele, die für die Zirkelarbeit genutzt werden können.

Einen kompakten Überblick zu den Grundlagen der Kommunikation im medizinischen Alltag gibt zum Beispiel der von der Ärztekammer Nordrhein herausgegebene Leitfaden für die Praxis.²

Im Praxisalltag steht für die Arzt-Patienten-Kommunikation nur eine begrenzte Zeitressource zur Verfügung.

Die nachfolgenden sieben Tipps für eine gelungene Arzt-Patienten-Kommunikation³ helfen, die Aufnahmefähigkeit der Patienten zu verbessern und die Verständlichkeit des Gesagten zu unterstützen.

Tipp 1: Nehmen Sie das Anliegen des Patienten ernst.

Tipp 2: Bauen Sie Ihre kommunikative Kompetenz aus.

Tipp 3: Sorgen Sie für Verständlichkeit.

Tipp 4: Erwerben Sie Fragekompetenz.

Tipp 5: Kommunizieren Sie respektvoll und geduldig.

Tipp 6: Beteiligen Sie den Patienten an der Entscheidung.

Tipp 7: Setzen Sie die Wahrnehmungsbrille des Patienten auf.

Gute Kommunikation und Kommunikationstechniken sind zentrale Elemente für den Erfolg der Arzt-Patienten-Beziehung. Jede Kommunikation beginnt mit einem Gedanken, den die Betreffenden in eine hör- und sichtbare kommunizierbare Botschaft transformieren (verbale und nonverbale Kommunikation). Der Empfangende muss die Botschaft erfassen und entschlüsseln. Hilfreich ist in diesem Kontext, sich das Vier-Ohren-Modell von Friedemann Schulz von Thun⁴ zu veranschaulichen.

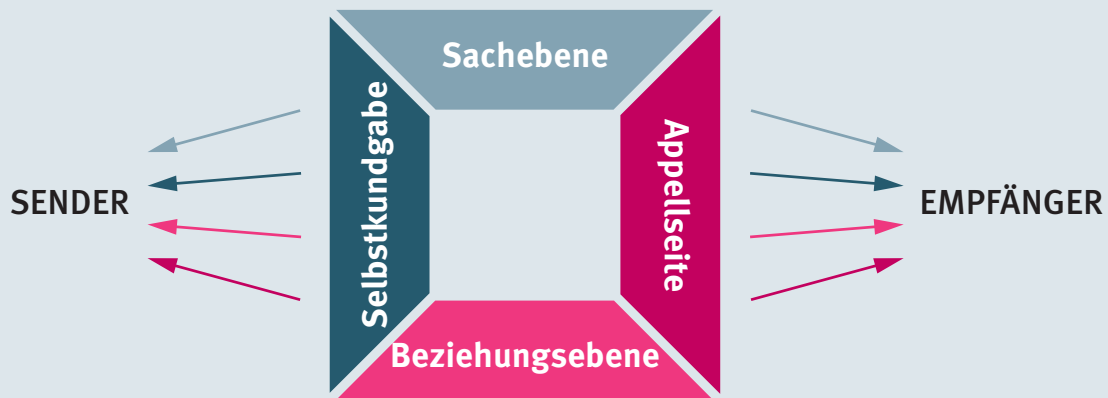
DAS VIER-OHREN-MODELL

Was beinhaltet eine Botschaft und wie kommt sie an?

Nach dem weithin in der Sozialpsychologie anerkannten „Vier-Ohren-Modell“ von Friedemann Schulz von Thun enthält jede Äußerung vier Botschaften, ob man will oder nicht:

- › eine Sachinformation (worüber ich informiere)
- › eine Selbstkundgabe (was ich von mir zu erkennen gebe)
- › einen Beziehungshinweis (was ich von dir halte und wie ich zu dir stehe)
- › einen Appell (was ich bei dir erreichen möchte)

ABBILDUNG: VIER SEITEN EINER NACHRICHT



Friedemann Schulz von Thun hat daher 1981 die vier Seiten einer Äußerung als Quadrat dargestellt und dementsprechend dem Sender „vier Schnäbel“ und dem Empfänger „vier Ohren“ zugeordnet.

© KBV

Dazu einige Beispiele:

Beispiel 1: „Das Essen schmeckt aber heute lecker.“

- › Interpretation des Empfängers:
 - a) Schmeckt das Essen sonst nicht?
 - b) Es wird ein Kompliment gemacht, was will man dafür?
 - c) Es ist schön, dass sich der Aufwand zu kochen gelohnt hat.
- › Sachebene:
 - Der Geschmack des Essens ist gut.
- › Selbstkundgabe des Senders:
 - Das Essen schmeckt ihm.
- › Beziehungsebene:
 - Das Thema Essen als Gemeinsamkeit zwischen Sender und Empfänger und als Anknüpfungspunkt für eine weitere Kommunikation.
- › Appellebene könnte sein:
 - „Es schmeckt, ich möchte mehr davon.“ Oder:
 - „Ich möchte dir ein Kompliment machen.“

Beispiel 2: „Frau Doktor, mir geht es schlecht.“

Der einfache Satz des Patienten beinhaltet demzufolge vier Botschaften:

- › Sachebene:
 - Der Fakt: Dem Patienten geht es schlecht. Hier steht die Sachinformation im Vordergrund. Es geht um Daten, Fakten, Sachverhalte.
- › Selbstkundgabe:
 - Selbstoffenbarung des Patienten: „Ich kann mir nicht allein helfen.“
 - Wenn jemand etwas von sich gibt, gibt er auch etwas von sich. Jede Äußerung enthält auch eine Selbstkundgabe, implizit oder explizit als „Ich-Botschaft“.
 - Die Empfängerin hört mit dem Selbstkundgabe-Ohr: Was sagt mir das über den Anderen? Was ist das für einer? Wie ist er gestimmt?
- › Beziehungsebene:
 - Der Patient vertraut sich der Ärztin an.
 - Er vertraut darauf, dass sie ihm helfen kann.
 - Durch die Art und Weise, wie jemand angesprochen wird (Formulierung, Tonfall, Begleitmimik), gibt der Äußernde auch zu erkennen, wie er zu dem Angesprochenen steht. In jeder Äußerung steckt somit auch ein Beziehungshinweis. Aufgrund dieses „Beziehungs-Ohres“ kann der Empfänger entscheiden: „Wie fühle ich mich behandelt durch die Art, in der der Andere mit mir spricht? Was hält der Andere von mir und wie steht er zu mir?“
- › Appellseite:
 - Der Patient möchte, dass die Ärztin etwas tut / ihm hilft.
 - Wenn jemand das Wort ergreift und es an jemanden richtet, will er in der Regel auch etwas bewirken.
 - Hier der Appell des Patienten: „Helfen Sie mir!“

Beispiel 3: „Sie klagen über Husten. Rauchen Sie?“

› Sachebene:

Die Frage ist Teil der Anamnese.
Rauchen könnte eine Ursache des Hustens sein.

› Selbstkundgabe:

Ich arbeite gewissenhaft und ziehe alle
Krankheitsursachen in Betracht

› Beziehungsebene:

Der Sender (Arzt) möchte dem Empfänger (Patient)
helfen.

› Appellseite:

Der Empfänger interpretiert: „Hören Sie auf zu rauchen!“

Der Qualitätszirkel kann praxisbezogene Beispiele
kurz auf diese vier Aspekte hin analysieren (siehe auch
Präsentation „Fallbeispiele“).

Was bei meinem Gegenüber ankommt, ist von verschiede-
nen Faktoren abhängig, z. B. von seiner Erwartungs-
haltung mir gegenüber, seiner emotionalen Situation
(Angst, Vertrauen, Stimmung, Persönlichkeitsbeson-
derheit), seinen Erfahrungen mit ähnlichen Situationen
und vielem mehr. All das bezieht sich auf den emotional
bestimmten Beziehungsaspekt der Kommunikation, in
den auch nonverbale Aspekte einfließen.

Die amerikanische Familientherapeutin Virginia Satir
hat vier negative Kommunikationsarten⁵ genannt und
beschrieben, die es für eine gelingende Kommunikation
zu vermeiden gilt. Das sind:

- › Beschwichtigen
- › Drohen und Anklagen
- › Rationalisieren
- › Ablenken

1. Beschwichtigen

Auf den ersten Blick wirkt Beschwichtigen zutiefst
menschlich. Und natürlich sollte die Arzt-Patient-
Beziehung von Empathie, dem Mitfühlen für die Situa-
tion des anderen getragen sein.

Der Patient kommt jedoch mit einem Problem, welches
gelöst oder behandelt werden soll und dieses wird
beim Beschwichtigen nicht mehr beachtet.

Insofern können Sätze, wie „Das wird schon wieder.“
oder „Ich kann verstehen, wie es Ihnen geht.“ durchaus
als Abwertung oder Nicht-ernst-nehmen des Problems
durch den Patienten empfunden werden. Es wirkt wie
„Abwählen des Themas“ oder auch „Nehmen Sie sich
nicht so wichtig.“

Man könnte auch hierzu eine Übung machen, also:
Wann sind Sie schon mal so behandelt worden?
Gab es dabei unangenehme Empfindungen? Was wäre
besser gewesen, was hätten Sie sich gewünscht?

2. Drohen und Anklagen

Eine Drohung und/oder eine Anklage betonen den
komplementären Aspekt der Gesprächssituation und
bewirken im Regelfall den Rückzug. Es gibt sehr viele
subtile Formen des Drohens, auch im medizinischen
Kontext. „Wenn Sie nicht aufhören zu rauchen, werden
Sie an Lungenkrebs sterben.“ Dies ist sicher statistisch
unterlegt, im Einzelfall nicht immer gültig, bewirkt aber
immer eine Störung in der Gesprächsführung, insbeson-
dere auf der Beziehungsebene.

„Wenn Sie aufhören würden zu rauchen, leben sie
länger.“ unterbricht den Beziehungsfaden nicht und
könnte im positiven Fall den Patienten dazu bewegen,
über die Gründe fürs Rauchen nachzudenken. Es gibt si-
cher Patienten, die nur mit Nachdruck zu bewegen sind.
Trotzdem ist eine Drohung eine Beziehungsbelastung.

Haben Sie schon einmal Patienten gedroht? Wie haben
diese darauf reagiert? Wie reagieren Sie selbst auf
Drohungen?

3. Rationalisieren

In der Psychoanalyse ist Rationalisieren ein Mechanis-
mus zur Abwehr von Emotionalität. Also ein Mecha-
nismus, um Gefühle nicht wahrzunehmen. Sicher sind
medizinische Entscheidungen logisch und auf rationale
Gründe zurückzuführen. Insbesondere die Angst der
Patienten darf aber nicht unbeachtet bleiben.

Benutzen Sie Rationalisierungen? Wer in Ihrem Umfeld
reagiert negativ, wer positiv darauf?

4. Ablenken

Ablenken ist eine Reaktionsweise zur Konfliktvermei-
dung. Sie verhindert jedoch eine Problemlösung und
wirkt auf die Betroffenen im Sinne des Nicht-ernst-
genommen-Werdens, des Veralbert-Werdens. Wie
reagieren Sie auf Ablenkungsmanöver? In welcher
Situation ist Ablenkung angemessen?

Alle diese Unterpunkte könnte man noch ausführlicher
beschreiben oder erläutern bzw. auch noch einmal
etwas anderes formulieren.

Mit ihren „Fünf Freiheiten“ hat Virginia Satir⁶ Hinweise
entwickelt, die den Menschen in Gesprächen mehr
Authentizität und mehr Wohlbefinden verschaffen:

- › Zu sehen und zu hören, was in mir ist und
mit mir ist und nicht, was dort sein sollte,
dort war oder vielleicht sein könnte!
- › Zu sagen, was ich fühle und denke, und nicht,
was ich sagen sollte!
- › Zu fühlen, was ich fühle, und nicht das,
was ich fühlen sollte!
- › Zu fragen, was ich möchte, und nicht
warten, warten, warten auf Erlaubnis!
- › Zu wagen, was mich reizt, statt immer nur
Sicherheit zu wählen!

AKTIVES ZUHÖREN

Eine wichtige Kommunikationstechnik ist das aktive Zuhören. Diese Technik wird zum Beispiel im „Kursbuch ärztliche Kommunikation“ (Schweickhardt/Fritsche 2009) ausführlich beschrieben. Techniken des aktiven Zuhörens sind:

- Ausreden lassen
- Offene Fragen stellen
- Nachfragen
- Abwägen
- Pausen machen
- Ermutigen zur Weiterrede
- Paraphrasieren
- Spiegeln von Emotionen

Aktives Zuhören beeinflusst das Behandlungsergebnis, insbesondere z. B. die Therapietreue und die Mitwirkung der Patienten. Wichtig ist, Patienten nicht bereits nach 20 Sekunden zu unterbrechen, bei einer Kommunikationsdauer unter 30 Sekunden besteht das Risiko eines Informationsgaps.

„DIE NATUR HAT UNS NUR EINEN MUND, ABER ZWEI OHREN GEGEBEN, WAS DARAUF HINDEUTET, DASS WIR WENIGER SPRECHEN UND MEHR ZUHÖREN SOLLTEN.“

Zenon von Elea, griechischer Philosoph, 430-490 J. v. Chr.

Um Handeln zu können, muss man zunächst verstehen, wofür es geht. Aktiv zuhören meint, sich für das Verstehen und die Kontaktaufnahme zum Gegenüber einen Moment mehr Zeit zu nehmen, um dann besser handeln zu können. Die vier Schritte des aktiven Zuhörens:

1. Wahrnehmung: Signale zum Gespräch geben

Zu Beginn stehen einfache Signale, die Patienten zum Gespräch auffordern, wie zum Beispiel:

- Was führt Sie zu mir?
- Womit kann ich helfen?

2. Verstehen

Beim Verstehen wird das Gehörte vom Zuhörenden aufgenommen. Der zweite Schritt ist daher das Paraphrasieren und/oder Verbalisieren. Der Arzt fasst das Gesagte in seinen Worten zusammen und stellt damit sicher, dass der Patient das Gesagte verstanden hat. Er verbalisiert anschließend das Gefühl des Patienten, welches er hinter dem Gesagten vermutet oder verstanden hat. Damit kommt das Gespräch in Gang.

3. Bewerten

Dieser Vorgang passiert automatisch. Alles, was wir hören, wird von uns bewertet und von uns dahingehend analysiert, ob das Gesagte unserer Meinung entspricht. Besonders hier sind Rückfragen wichtig, um Missverständnisse zu eliminieren.

4. Reaktion

Im vierten Schritt wird die Technik des Verbalisierens fortgesetzt. Hypothesen oder Absichten sollen bewusstgemacht werden. Hier liegt der Schwerpunkt auf der nonverbalen Reaktion. In Mimik, Gestik und auch durch Blickkontakt kann geschaut werden, wie der Kontakt zum Patienten ist.

Beispiele:

Patient äußert:	Arzt paraphrasiert:	Arzt verbalisiert:
Mir ist immer so schwindlig.	Wenn Sie vom Liegen aufstehen, wird Ihnen drehend.	Das macht Ihnen Sorge.
Von den Tabletten wird mir übel.	Wenn Sie die Tabletten nehmen, müssen Sie erbrechen.	Das wird Sie mürbe machen.

Paul Watzlawick darf mit Sicherheit als der „Urvater“ der Kommunikationsforschung betrachtet werden. Seine fünf Axiome, also Grundregeln der zwischenmenschlichen Kommunikation⁷, hat er in verschiedenen wissenschaftlichen als auch populärwissenschaftlichen Publikationen veröffentlicht. Sie stellen eine weitere theoretische Grundlage für die Reflexion von Kommunikationsprozessen im Qualitätszirkel dar:

FÜNF AXIOME DER KOMMUNIKATION NACH PAUL WATZLAWICK

1. Man kann nicht nicht kommunizieren!
2. Jede Kommunikation hat einen Inhalts- und einen Beziehungsaspekt.
3. Kommunikation ist immer Ursache und Wirkung.
4. Kommunikation bedient sich analoger und digitaler Modalitäten.
5. Kommunikation ist symmetrisch oder komplementär.

Ad 1)

Man kann nicht nicht kommunizieren, denn jede Kommunikation (nicht nur mit Worten) ist Verhalten und genauso wie man sich nicht nicht verhalten kann, kann man nicht nicht kommunizieren.

- › Jedes Verhalten in einer kommunikativen Situation ist Ausdruck einer Mitteilung (Tonfall, Sprechtempo, Pausen, Körpersprache).
- › Beispiel: Dr. Muster schaut im Patientengespräch permanent aus dem Fenster.

Ad 2)

Jede Kommunikation hat einen Inhalts- und einen Beziehungsaspekt, wobei letzterer den ersten bestimmt.

- › Der Inhaltsaspekt vermittelt die „sachliche“ Information. Der Beziehungsaspekt vermittelt die Botschaft über das Verhältnis der Kommunikationspartner zueinander.
- › Ursachen für Störungen: Der Inhaltsaspekt vermittelt scheinbar sachliche Botschaften, während der Beziehungsaspekt deutliche Ablehnung des Gegenübers übermittelt.
- › Beispiel: „Haben Sie sich eigentlich an meine Verschreibung gehalten?“

Ad 3)

Die Natur einer Beziehung ist durch die Interpunktion der Kommunikationsabläufe seitens der Beteiligten bedingt.

- › Verhaltensketten in der Kommunikation können unterschiedlich interpretiert werden.
- › Ursachen für Störungen: Es werden unterschiedliche Interpunktionspunkte von den Gesprächsbeteiligten gesetzt. Das Ursache-Wirkungsgefüge wird verschieden gesehen.
- › Beispiel: „Sie haben sich nicht daran gehalten!“ – „Sie haben es mir nicht gut erklärt!“

Ad 4)

Menschliche Kommunikation bedient sich digitaler (verbaler) und analoger (nonverbaler, nicht-sprachlicher) Modalitäten (Ausdrucksmittel).

- › Digital: der Inhaltsaspekt einer Nachricht; Wissensübermittlung
- › Analog: Beziehungsaspekt einer Nachricht (der archaische Teil der Kommunikation), ist mehrdeutig, wird interpretiert.
- › Ursachen für Störungen: Digitale und analoge „Botschaften“ klaffen auseinander.
- › Beispiel: „Sie haben meine ärztlichen Empfehlungen aber wirklich gut umgesetzt!“

Ad 5)

Zwischenmenschliche Kommunikationsabläufe sind entweder symmetrisch oder komplementär, je nachdem, ob die Beziehung zwischen den Beteiligten auf Gleichgewicht oder Unterschiedlichkeit beruht.

- › Symmetrische Kommunikation entsteht bei gleich starken Beteiligten: Streben nach Gleichgewicht und Verminderung von Unterschieden. Komplementäre Kommunikation entsteht bei ungleich starken Beteiligten: Es gibt eine inferiore und eine superiore Position; Beteiligte ergänzen sich in ihrem Verhalten.
- › Ursachen für Störungen: Symmetrische Eskalation: Beide wollen sich gegenseitig zeigen, dass sie die superiore Position haben. Komplementarität wird als Über-/Unterlegenheit gesehen.
- › Beispiel: Dr. Muster und die Patientin streiten sich darüber, wer es besser weiß.

Zu den schwierigen Gesprächen im Behandlungsalltag gehört das Überbringen schlechter Nachrichten. Für Ärzte bedeutet das oftmals eine Belastungssituation mit erhöhtem Stresslevel. Die gemeinsame Analyse von Beispielfällen aus den Praxen der Zirkelteilnehmenden kann zu mehr Sicherheit in diesen Situationen führen. Grundlage dafür kann das nachfolgende theoretische Modell sein:

DAS SPIKES-MODELL

Hilfreich bei schwierigen Gesprächen („breaking bad news“) kann die Orientierung am sogenannten SPIKES-Protokoll⁸ sein, das die verschiedenen Aspekte bei der Aufklärung in vier Zielen gut zusammenfasst.

- › Das Sammeln von Informationen über den aktuellen Wissensstand der Patienten
- › Die Mitteilung der medizinischen Fakten in Abhängigkeit von den Patientenbedürfnissen
- › Das Signalisieren von Unterstützung
- › Die Entwicklung eines Behandlungsplanes

Das Modell empfiehlt folgendes Vorgehen:

1. Setting (Vorbereitung des Gesprächs)

Damit ein Gespräch von Anfang an positiv verlaufen kann, sollten Sie es innerlich kurz reflektieren und seine Aufgabe durchdenken:

- › Gesprächsvorbereitung mittels Akte
- › ungestörte und angepasste Gesprächssituation herstellen (Räumlichkeit)
- › freundliche Begrüßung (Handsclag, evtl. andeutungsweise Geste zum Arm)
- › Gesprächsposition sitzend und auf gleicher Augenhöhe (Augenkontakt)
- › Ansprache mit Namen

2. Perception of the Illness (Feststellung der Sicht des Patienten auf seine Krankheit)

Zunächst sollten Sie versuchen, die Sicht des Patienten kennenzulernen. Dafür können Sie bestimmte Techniken, wie zum Beispiel die Wiederholung des Gesagten (Paraphrasieren), einsetzen.

Sie sollten auch das Verständnisniveau und das Vokabular des Patienten beachten und versuchen, dessen Sprache zu sprechen.

- › Was stört Sie am meisten?
- › Mit eigenen Worten wiederholen, was der Patient gesagt hat:
- › „... müssen nachts mehrfach zur Toilette?!...“
- › keine Fachterminologie

3. Invitation (Einladung zur Mitteilung von Informationen)

Bevor Sie die medizinischen Informationen mitteilen, sollten Sie versuchen zu ermitteln, was der Patient erfahren will. Der Patient hat auch das Recht, nicht alles genau wissen zu wollen beziehungsweise zu einem späteren Zeitpunkt, wenn er zu einer Aufnahme eher bereit ist.

- › Beispiel: Anatomie, Hilfsmittel, Untersuchungsmethoden erklären (CT, MRT, Port, Chemotherapie usw.)
- › Akzeptieren, wenn der Patient keine Details wissen will!

4. Knowledge (Wissen stärken und Informationen vermitteln)

Sie sollten möglichst keine medizinischen Fachausdrücke benutzen, einfach und verständlich informieren und kontrollieren, ob der Patient Sie versteht.

5. Emotions (Reaktion auf die Emotionen des Patienten)

Die Gefühle des Patienten sollten auf jeden Fall einbezogen werden. Wenn Emotionen berücksichtigt werden, können Informationen auch aufgenommen werden. Eine wesentliche Voraussetzung für den Umgang mit Gefühlen ist ein empathisches Verhalten.

- › Verständnis für Ängste
- › Verständnis für Scham
- › Verständnis für Abwehr
- › Verständnis für Verweigerung

6. Strategy and Summary (Zusammenfassung des Wissensstandes)

- › Diagnosemitteilung nur durch den Arzt
- › Therapieplan idealerweise gemeinsam mit Praxispersonal und Patienten festlegen

Das Besprechen des weiteren Vorgehens kann für manche Patienten einen Ausblick auf die Therapie geben und damit Hoffnung vermitteln. Einige Patienten sind nach der Diagnosemitteilung jedoch nicht mehr aufnahmefähig und brauchen lediglich die Aussicht auf weitere ausführliche Gespräche zur Therapieplanung.

PACING AND LEADING

Pacing and Leading sind Techniken aus dem Neurolinguistischen Programmieren (NLP). Das Ziel ist einerseits die Kontaktaufnahme zu einer Person durch das Pacing, um sie dann in eine gewünschte Richtung führen zu können (Leading). Beim Pacing (englisch: Schritt halten) werden nonverbale Informationen der Patienten aufgegriffen und „gedoubelt“ zum Beispiel in:

- › Körpersprache: Angleichen der Haltung, Gestik und Atemfrequenz
- › Mimik: Angleichen des Gesichtsausdrucks
- › Stimme: Angleichen der Stimmlage, der Lautstärke und der Sprechgeschwindigkeit
- › Sprache: Verwendung ähnlicher Wörter

Dieses Aufgreifen nonverbaler Informationen wird von Patienten als „Verstandenwerden“ empfunden, Vertrauen kann darüber hergestellt werden. Im NLP wird dies als „Rapport“ bezeichnet.

Beim Leading werden dann die zu vermittelnden Informationen angekoppelt, sodass eine Lenkung in eine bestimmte Richtung erfolgen kann.

Informationen zur Methode „Pacing and Leading“ finden sich zum Beispiel unter www.nlp-erlernen.de/techniken/pacing-und-leading/.

Besondere Anforderungen an die Arzt-Patienten-Kommunikation bestehen bei komplexen Versorgungssituationen, so zum Beispiel bei multimorbiden Patienten. In der 2017 veröffentlichten S3-Leitlinie Multimorbidität der DEGAM¹⁰ heißt es dazu: „Gespräche sind das Kernelement der hausärztlichen Betreuung von multimorbiden Patienten, ...“. Die Leitlinie gibt Tipps für die Gesprächsführung, Beratung und Aufklärung von Patienten und Angehörigen.

MOTIVIERENDE GESPRÄCHSFÜHRUNG

Ein Kernelement ärztlicher Kommunikation zur Förderung der Veränderungsbereitschaft und Unterstützung von Verhaltensänderungsprozessen ist die Motivierende Gesprächsführung oder auch Motivational Interviewing (MI), so zum Beispiel bei Patienten mit Suchterkrankungen, Übergewicht usw. Im Wesentlichen geht es darum, in personenzentrierter, partnerschaftlicher Haltung durch geeignete Gesprächsführung veränderungsbezogene Äußerungen (Change-Talk) der Patientinnen und Patienten hervorzulocken und so deren intrinsische Motivation und Selbstwirksamkeitserwartung bezüglich einer Verhaltensänderung zu stärken (siehe hierzu Qualitätszirkel-Modul „Suchtmittelgebrauch“ unter www.kbv.de/qz).

Kommunikation in Anlehnung an Motivational Interviewing (MI) nach Miller und Rollnick¹¹

Grundsätzlich ist die Haltung des Arztes/Behandelnden/Therapierenden/Beratenden (auch zu sich selbst) ausschlaggebend für eine gelungene Kommunikation.

Beim Motivational Interviewing orientiert man sich nach Carl Rogers an der Haltung. Demnach trägt der Klient alle Voraussetzungen für eine Änderung und Heilung in und bei sich. Die Aufgabe des Therapierenden ist, ihm dabei zu helfen, den Weg zu diesen Ressourcen zu finden. Dabei wird der Klient angenommen so wie er ist! Kommunikation findet auf Augenhöhe statt.

Beim Motivational Interviewing wird aufbauend auf dieser Haltung durch Techniken in der Kommunikation auf die Akzeptanz und die wertschätzende Rückmeldung geachtet, die auf die Ambivalenz des Klienten in Bezug auf Veränderung fokussiert.

Ambivalenz ist gesund und omnipräsent.

Stufenmodell der Veränderung nach DiClemente und Prochaska¹²:

1. Absichtslosigkeit/Sorglosigkeit (Precontemplation)
2. Absichtsbildung/Bewusstwerdung (Contemplation)
3. Vorbereitung (Preparation)
4. Handlung (Action)
5. Aufrechterhaltung (Maintenance)

Der Klient kann nur dort abgeholt werden, wo er steht!

Techniken des Motivational Interviewings OARS (engl. Ruder):

- › offene Fragen (open-ended questions)
- › Bestätigung (affirmation)
- › aktives Zuhören – Rückmeldungen geben (reflective listening)
- › Zusammenfassen (summarizing)

Der Umgang mit Widerständen ist im besonderen Fokus und liegt in der Verantwortung der Therapierenden. Der Behandelnde fördert gezielt das Sprechen über Veränderung und Veränderungsmotivation, ohne diese selbst zu fordern:

-
1. Einfache Rückmeldung: die Gefühle des Klienten benennen und anerkennen.
 2. Doppelte Rückmeldung: beide Seiten der Ambivalenz einbeziehen (einerseits/andererseits/ Cave: Ironie/Sarkasmus).
 3. Fokus verlagern/verändern: vom aktuellen Widerstand auf andere Aspekte.
 4. Umformulieren (reframing): Aussagen zusammenfassend wiedergeben, aber inhaltlich andere Schwerpunkte setzen und/oder Informationen über Zusammenhänge ergänzen (didaktischer Nutzen).
 5. Betonung der persönlichen Wahlfreiheit und Verantwortung des Klienten. Der Klient soll für eine Veränderung argumentieren. Bei Widerstand keine Gegenargumente, sondern versuchen den Widerstand „umzulenken“.
-

Grundregeln für eine gelungene Kommunikation¹³ sind auch von der Gesellschaft für Qualitätsmanagement in der Gesundheitsversorgung e. V. (GQMG) formuliert worden, die als Arbeitshilfen für Ärzte in Pocketversionen zur Verfügung stehen und für die Zirkelarbeit genutzt werden können.

Sinnvoll kann es sein, die mündliche Kommunikation in der Praxis durch schriftliche Patienteninformationen oder Entscheidungshilfen (siehe hierzu auch Modul „Evidenzbasierte Patienteninformationen“ unter www.kbv.de/qz) zu ergänzen.

Weitere Kommunikationsmodelle, die Arbeitsgrundlage im Qualitätszirkel sein können, sind unter anderem das SACCIA-Modell der fünf Kernkompetenzen für eine sichere Kommunikation im Gesundheitswesen¹⁴ oder das TALK-Modell¹⁵ nach Neuberger.

EMPFEHLUNGEN FÜR MODERIERENDE

Das nachfolgend dargestellte Konzept für die Zirkelmoderation berücksichtigt alle im Themenhintergrund vorgestellten Kommunikationsmodelle. Die Teilnehmenden können selbst entscheiden, welche Schwerpunkte sie setzen. Bestandteil des Moduls ist eine Fallsammlung, die zur Diskussion und Simulation herangezogen werden kann. Ein größerer Lerneffekt lässt sich erzielen, wenn die Teilnehmenden ihre Kommunikation mit Patienten anhand von Beispielen aus der eigenen Praxis hinterfragen. Dazu können sie erinnerte Situationen, Feedback von Patienten, Angehörigen oder Mitarbeitenden, aber auch Ergebnisse aus Patientenbefragungen nutzen. Gegebenenfalls lassen sich auch Kommentare aus Arztbewertungs- und Arztsuchportalen verwenden.

DATEN- UND INFORMATIONSBESCHAFFUNG

Die Beschaffung von Daten und zusätzlichen Informationen ist für das Thema eher zweitrangig. Das Üben und der kollegiale Austausch darüber stehen an erster Stelle. Für die Bearbeitung des Themas im Qualitätszirkel kann die bereitgestellte Präsentation genutzt werden. Ergänzende Unterstützung bieten die Kommunikationshilfen der GQMG unter www.gqmg.de. Zur Demonstration von Beispielen können Videoaufnahmen genutzt werden. Einige Beispiele dafür finden sich im Modul beziehungsweise in den Präsentationen, weitere können zum Beispiel unter YouTube recherchiert werden.

SETTING UND ABLAUF

Für die Durchführung eines Qualitätszirkels zur Arzt-Patienten-Kommunikation wird das folgende Setting empfohlen:

- › geschlossener Zirkel mit festem Teilnehmerkreis, 10–15 Teilnehmende
- › Verschwiegenheit und Vertraulichkeit
- › gleiche oder verschiedene Fachgruppen
- › aktive Mitgestaltung und Beteiligung durch die Teilnehmenden
- › Bereitschaft zum Austausch erlebter kritischer Kommunikationssituationen

VORBEREITUNG

Für die Durchführung der Sitzung ist es hilfreich, wenn sich die Teilnehmerinnen und Teilnehmer vorbereiten, indem sie sich an schwierige Kommunikationssituationen mit Patienten erinnern und diese Beispiele in die Sitzung mitbringen. Um die Teilnehmenden darüber zu informieren, können Sie das Muster-Einladungsschreiben (Arbeitsblatt 3) nutzen.

Die Moderationsplakate sollten im Vorfeld der Zirkelsitzung im DIN A0-Format ausgedruckt werden. Sie unterstützen ein interaktives Arbeiten und die Moderierenden können in der Zirkelsitzung immer wieder Bezug darauf nehmen. Alternativ ist es auch möglich, sie mittels Beamer zu projizieren (siehe hierzu auch Handbuch Qualitätszirkel der KBV, Modul „Moderatorenausbildung“ unter www.kbv.de/qz, Stichwort Module). Die auf den Moderationsplakaten dokumentierten Arbeitsergebnisse können in Dateiform oder abfotografiert unmittelbar in das Protokoll der Zirkelsitzung aufgenommen und so allen Teilnehmenden zur Verfügung gestellt werden.

UMGANG MIT KRITISCHEN MODERATIONSSITUATIONEN

Kritische Moderationssituationen können zum Beispiel entstehen, wenn die Teilnehmenden immer wieder Inhalte diskutieren und nicht die Methode üben wollen. Verweisen Sie dann auf die Zielstellung der Zirkelsitzung und die vereinbarten Settingregeln.

Problematisch könnte es auch sein, wenn sich niemand für die Simulationsübungen bereiterklärt (siehe Hinweise in Schritt 3 der Phase C). Hier können auch die Empfehlungen des Qualitätszirkel-Moduls „Moderationskompetenz: Aktivierungstechniken“ hilfreich sein (www.kbv.de/qz, Stichwort-Module).

ABLAUF DER SITZUNG

Die Moderation der 120-minütigen Zirkelsitzung gliedert sich in drei Phasen. Zusätzlich finden Sie einen Vorschlag für zwei weitere Phasen als Ergänzung beziehungsweise Alternative.

PHASE A: EINFÜHRUNG

**SCHRITT 1:
INS THEMA EINFÜHREN**

Stellen Sie die theoretischen Grundlagen einer erfolgreichen Kommunikation kurz dar, ggf. mithilfe der Präsentation.

Empfohlene Moderationsmedien

Präsentation „Arzt-Patienten-Kommunikation“

Methodische Hinweise

Achten Sie darauf, dass nur ein knapper Input zur Kommunikationstheorie vorgetragen wird. Es ist nicht Ziel, einen vollständigen/erschöpfenden Wissensinput zu geben.

**SCHRITT 2:
GRUNDLAGEN:
VIER-OHREN-MODELL
VORSTELLEN**

Stellen Sie zunächst das Vier-Ohren-Modell nach Schulz von Thun vor: Sachebene, Appellebene, Beziehungsebene, Selbstoffenbarungsebene.

Weisen Sie darauf hin, dass die Aspekte bei Sender und Empfänger unterschiedlich interpretiert werden können und es hierdurch zu Störungen der Kommunikation kommen kann. Beispielhaft können Sie in einem weiteren Schritt ein geeignetes Video zeigen. Stoppen Sie es an selbst gewählten Stellen und lassen Sie die Teilnehmenden die Situationen den Ebenen bei Sender und Empfänger zuordnen.

Empfohlene Moderationsmedien

- › Präsentation „Arzt-Patienten-Kommunikation“
- › Video
- › Moderationsplakat (MP) 1: Vier-Ohren-Modell

Methodische Hinweise

Sie können das Moderationsplakat 1 nutzen, um mit den Teilnehmenden einige Beispiele in Bezug auf die jeweiligen Seiten der Kommunikation hin zu analysieren, zum Beispiel anhand eines „Schmeichlers“ oder eines Arzthopping-Patienten. Das Beispiel wird nach den Schritten des Moderationsplakats bearbeitet.

Bei Verwendung eines Videos sehen Sie es sich bitte vorher an und überlegen Sie sich typische Stellen für die Diskussion.

**SCHRITT 3:
GRUNDLAGEN:
ÜBERBLICK ZUM AKTIVEN
ZUHÖREN GEBEN**

Geben Sie nun einen kurzen Überblick zu den Techniken des aktiven Zuhörens:

- › Ausreden lassen
- › Fragetechniken
- › Pausen machen
- › Ermutigung zur Weiterrede
- › Echoing
- › Paraphrasieren
- › Zusammenfassen der Inhalte
- › Spiegeln von Emotionen

Empfohlene Moderationsmedien

Präsentation „Arzt-Patienten-Kommunikation“

Methodische Hinweise

Siehe hierzu Kursbuch ärztliche Kommunikation.

SCHRITT 4: GRUNDLAGEN: PACING AND LEADING ERLÄUTERN

- Kurzeinführung zu den Grundgedanken von Pacing and Leading.
Erläutern Sie kurz die zwei Schritte dieser Technik:
- › Pacing (Schritt halten): Angleichen an Verhalten des Gegenübers (Körpersprache, Mimik, Stimme, Sprache usw.)
 - › Leading (Führen): Übernahme der Gesprächsinitiative zur konstruktiven Gesprächslenkung

Empfohlene Moderationsmedien

Präsentation „Arzt-Patienten-Kommunikation“ oder Lesearbeit

Methodische Hinweise

Die Methode kann zum Beispiel anhand eines Patienten mit der Meinung „Mir kann keiner helfen.“, eines Patienten mit vorgeschobenem Notfall, eines bescheidenen Patienten oder des Konflikts zwischen erforderlicher Befundbesprechung vs. neuen Beschwerden des Patienten durch Bearbeitung nach den Schritten des Moderationsplakats vorgestellt werden.

Stellen Sie heraus, dass die Methode nicht im Sinne von Manipulation/ Dominanz des Gegenübers genutzt werden soll, sondern um ein konstruktives Gesprächsklima zu erreichen.

SCHRITT 5: GRUNDLAGEN: ÜBERBLICK ÜBER WEITERE MODELLE GEBEN

Sofern die Zirkelteilnehmenden dies wünschen, können weitere Kommunikationsmodelle kurz vorgestellt werden. Dies kann auch in nachfolgenden Zirkelsitzungen erfolgen.

Empfohlene Moderationsmedien

Präsentation „Arzt-Patienten-Kommunikation“ oder Lesearbeit

Methodische Hinweise

Für kurze theoretische Einführungen zu weiteren Kommunikationsmodellen können Sie in Vorbereitung auf die Sitzung auch einzelne Zirkelteilnehmende beauftragen. Dabei kann der theoretische Input aus dem vorliegenden Modul genutzt werden. Der Zeitumfang dafür sollte eng begrenzt werden.

Der Umfang der Theorievermittlung sollte sich grundsätzlich an den Vorkenntnissen der Qualitätszirkelteilnehmenden orientieren.

ZIELE PHASE A



- › Die Teilnehmenden kennen wesentliche Aspekte der Kommunikationstheorie und verfügen über einen ähnlichen Kenntnisstand.
- › Die vier Seiten einer Nachricht nach dem Vier-Ohren-Modell können anhand praktischer Beispiele identifiziert werden.
- › Die Analyse der Kommunikationsebene im Vier-Ohren-Modell kann zur konstruktiven Gesprächslenkung genutzt werden.
- › Ein Überblick zu den Techniken des aktiven Zuhörens ist gegeben worden.
- › Die Theorie des Pacings and Leadings ist bekannt.
- › Eine kurze Einführung zu weiteren Kommunikations-Modellen ist gegebenenfalls erfolgt.

PHASE B: PRAKTISCHE ARBEIT – KOMMUNIKATION MIT PATIENTEN



SCHRITT 1: FALLBEISPIELE SAMMELN

Sammeln Sie zunächst Beispiele alltäglicher Situationen aus der Praxis der Qualitätszirkel-Teilnehmenden, bei denen sich die Kommunikation mit den Patienten schwierig gestaltet hat. Dies kann – je nach Zirkelgröße und Vertrautheit – gleich gemeinsam im Zirkel oder in Klein- bzw. Zweiergruppen erfolgen.

Wählen Sie dann gemeinsam eine Situation aus, die für alle Teilnehmenden relevant ist. Tragen Sie dieses Beispiel für den gesamten Zirkel sichtbar in das Moderationsplakat ein. Dabei können noch Fragen der Teilnehmenden beantwortet werden, damit die Darstellung für alle konkret fassbar wird.

Es ist auch möglich, in einer Sitzung mehrere Fallbeispiele nach dem Moderationsplakat zu bearbeiten. Dabei ist es hilfreich, dass diese einen unterschiedlichen Fokus haben. Bei vertrauten Gruppen ist die Einigung auf ein Fallbeispiel in der Regel leichter.

Empfohlene Moderationsmedien

MP 2: Kommunikation mit Patienten

Methodische Hinweise

Das Fallbeispiel soll lösungsoffen präsentiert werden, d. h. es soll noch nicht auf eine Kommunikationslösung fokussieren, da sonst keine Analyse möglich wird. Achten Sie auch darauf, dass es nicht um die sachlich-medizinische Lösung geht, sondern um die Interaktion zwischen Arzt und Patient.

Schließen Sie den Schritt der Nachfragen klar ab („Ist die Situation nun allen eindeutig und klar geworden?“) und holen Sie sich das Okay der Gruppe.

SCHRITT 2: BEISPIELE ANALYSIEREN

Anhand der nachfolgend beschriebenen Vorgehensweise soll das Kommunikationsbeispiel nun analysiert werden. Was ist hinderlich für eine gelungene Kommunikation, wie muss die Kommunikation im Interesse eines erfolgreichen und vertrauensvollen Arzt-Patienten-Gesprächs gestaltet werden?

- › Reflexion: Zuerst ist zu überlegen, wie die Kommunikation des Patienten beim Arzt/Therapierenden ankommt. Sammeln Sie die Gedanken der Teilnehmenden in der ersten Spalte.
- › Mögliche Gründe: Assoziieren Sie, was Gründe für diese Art der Kommunikation sein könnten. Oft sind die Auslöser aufseiten der Patienten zu suchen (aber auch Auslöser aufseiten des Arztes/Therapierenden sind möglich). Die Assoziationen sammeln Sie in der zweiten Spalte.
- › Kommunikative Intervention: Sammeln Sie in der rechten Spalte die Ideen des Zirkels. Dies könnten beispielsweise ein Satz, eine Verbalisierung, eine Frage sein.

Empfohlene Moderationsmedien:

MP 2: Kommunikation mit Patienten

Methodische Hinweise

Trennen Sie die drei Schritte konsequent und weisen Sie auf die Sinnhaftigkeit des Einhaltens der Systematik hin. Bei thematischen Abschweifungen nennen Sie das Ziel: Aufrechterhalten von Kommunikation/Beziehung/Vertrauen.

SCHRITT 3: HILFREICHE INTERVENTIONEN SAMMELN

Sammeln Sie abschließend wichtige Kommunikationstipps aus dem Teilnehmerkreis. Diese sollten so formuliert sein, dass sie unabhängig vom Fallbeispiel in praktische Situationen mit Patienten übertragen werden können.

Empfohlene Moderationsmedien

Flipchart

Methodische Hinweise

Dieser Schritt erfordert, dass sich die QZ-Teilnehmenden inhaltlich vom Fallbeispiel lösen.

ZIELE PHASE B



- › Die QZ-Teilnehmenden wissen um mögliche Gründe für schwierige Kommunikationssituationen mit Patienten und können diese analysieren.
- › Sie kennen kommunikative Interventionen, um im Patientengespräch die Kommunikation, die Beziehung und das Vertrauen aufrechtzuerhalten.
- › Sie haben für die eigene Tätigkeit hilfreiche Interventionen für die Kommunikation kennengelernt.

PHASE C: PRAXISTRANSFER (SIMULATIONSÜBUNG)



SCHRITT 1: BEISPIELE SAMMELN

Lassen Sie die Teilnehmenden Beispiele zusammentragen, bei denen es sich für den Arzt/Therapierenden schwierig gestaltet hat, dem Patienten ausreichend Raum für die Darstellung seines Problems zu geben. Erfassen Sie diese auf dem Moderationsplakat.

Empfohlene Moderationsmedien

MP 3: Aktives Zuhören

Methodische Hinweise

Zunächst sollen möglichst viele Beispiele wertungsfrei erfasst werden. Dafür können Sie sich als Moderierender einen Schriftführer für Ihre Entlastung auswählen.

SCHRITT 2: NOTIZEN MACHEN

Notieren Sie Beispiele für Formulierungen/Methoden des aktiven Zuhörens. Dies könnten sowohl übliche Techniken (Wiederholen, Paraphrasieren u. Ä.) sein, aber auch Satzanfänge für Formulierungen wie „Sie meinen, dass...“, „Ihnen ist wichtig, dass...“ usw. Erfassen Sie diese im Moderationsplakat.

Empfohlene Moderationsmedien

MP 3: Aktives Zuhören

Methodische Hinweise

Auch die Systematisierung nach der Fragetechnik (geschlossene/offene Fragen) oder die Spiegelung von Inhalten und Gefühlen könnten hier hilfreich sein. Achten Sie auf gute Lesbarkeit und verwenden Sie pro Formulierung/Methode eine neue Zeile.

SCHRITT 3: PRAKTISCH ÜBEN

Wählen Sie nun aus den auf dem Plakat gesammelten Problemsituationen eine für die folgende Simulationsübung aus. Finden Sie zwei Teilnehmende, die sich für die Übung bereiterklären. Leiten Sie die Simulation mit der Situationsbeschreibung ein und lassen Sie den ersten Teilnehmenden (Patient) beginnen. Auf die Aussagen/Informationen des Patienten darf nur mit einem Beitrag unter Verwendung der Technik des aktiven Zuhörens geantwortet werden. Beenden Sie nach Ermessen die Simulation.

Empfohlene Moderationsmedien

Fallbeispiele

Methodische Hinweise

Die Technik kann z. B. anhand der Situation eines AU-Patienten, eines bescheidenen Patienten oder eines dominanten Patienten durch schrittweises Vorgehen nach dem Moderationsplakat vorgestellt werden.

Sie können die Methode/Formulierungen des aktiven Zuhörens, die die Teilnehmenden verwenden sollen, parallel auf dem Moderationsplakat zeigen (händisch bzw. mit Pfeil/Laserpointer) oder auch die Methoden, die die Teilnehmenden verwenden, unter Zuhilfenahme des Moderationsplakates vorgeben. Achten Sie jedoch auf ausreichende Variationen in den Techniken.

Gegebenenfalls könnte es schwierig sein, Freiwillige für die Simulationsübung zu finden. Motivieren Sie die Teilnehmenden durch Erläuterung der Chance für die eigene Kompetenzentwicklung, die man durch das Feedback der Gruppe bekommt.

SCHRITT 4: TIPPS ZUSAMMENTRAGEN

Sammeln Sie auch hier abschließend Kommunikationstipps, indem Sie zuerst das Feedback der beiden Aktiven zur Simulationsübung einholen, dann der weiteren QZ-Teilnehmenden.

Um sich als Moderierender ein Feedback zur Zirkelsitzung einzuholen, kann der Muster-Feedbackbogen eingesetzt werden.

Besprechen Sie mit den Zirkelteilnehmenden, ob und wie weiter am Thema gearbeitet werden soll. Dafür kommen zum Beispiel die in den beiden folgenden Phasen D und E beschriebenen Kommunikationsmodelle in Frage.

Empfohlene Moderationsmedien

- › Flipchart
- › Muster-Feedbackbogen

Methodische Hinweise

Ggf. knüpfen Sie an die Erkenntnisse aus Phase B an und runden das Bild ab.

ZIELE PHASE C



- › Die Teilnehmenden haben sich zu problematischen Situationen des aktiven Zuhörens während des Arzt-Patienten-Kontakts ausgetauscht.
- › Die Technik des aktiven Zuhörens wird als hilfreich empfunden und kann praktisch angewendet werden.
- › Das weitere Vorgehen im Zirkel ist abgestimmt.

PHASE D: PRAKTISCHE ARBEIT – FÜNF AXIOME NACH WATZLAWICK



SCHRITT 1: AXIOME VORSTELLEN

Stellen Sie die fünf Axiome der Kommunikationstheorie nach Watzlawick (siehe theoretischer Input) noch einmal vor, soweit noch nicht bekannt.

Empfohlene Moderationsmedien

Präsentation „Arzt-Patienten-Kommunikation“ oder Lesearbeit

Methodische Hinweise

Arbeiten Sie dabei mit Beispielen aus dem Textteil dieses Moduls oder aus der Gruppe.

SCHRITT 2: FALLBEISPIEL DARSTELLEN

Legen Sie sich im Qualitätszirkel auf eine konkrete Gesprächssituation in der Praxis fest und stellen Sie diese im Zirkel dar.

Empfohlene Moderationsmedien

- › Präsentation „Fallbeispiele“
- › Simulation
- › Videos

Methodische Hinweise

Die Methode kann z. B. anhand einer „Google“-Patientin oder eines anklagenden Patienten durch schrittweise Bearbeitung des Moderationsplakats vorgestellt werden. Diese Phase dient zur Vertiefung der Theorie nach Watzlawick und zur Sensibilisierung für das Arzt-Patienten-Gespräch.

Die Gesprächssituation kann von zwei Zirkelteilnehmenden selbst erdacht sein, Sie können aber auch Fallbeispiele oder einen Videoinput aus der Präsentation „Fallbeispiele“ nutzen.

SCHRITT 3: BEOBACHTUNGEN ZUORDNEN

Lassen Sie die Teilnehmenden anschließend ihre Beobachtungen den einzelnen Axiomen der Watzlawickschen Kommunikationstheorie zuordnen. Dokumentieren Sie diese auf dem Moderationsplakat 4.

Empfohlene Moderationsmedien

MP 4: Axiome nach Watzlawick

Methodische Hinweise

Sie können diese Aufgabe in Einzelarbeit durchführen (jeder für jedes Axiom) oder Sie vergeben Aufträge an kleine Untergruppen (z. B. Gruppe 1 für Axiom 1 und 2 usw.). Falls Sie mit einem Video arbeiten, kann es hilfreich sein, das Video mehrmals abzuspielen.

ZIELE PHASE D



- › Grundprinzipien der Kommunikationstheorie nach Watzlawick sind bekannt und können in konkreten Gesprächssituationen identifiziert werden.
- › Die Teilnehmenden haben beispielhaft Ideen für die Anwendung der Theorie erhalten, sodass sie diese in der eigenen Praxis bewusst anwenden können.

PHASE E: PRAKTISCHE ARBEIT – DAS SPIKE-MODELL



SCHRITT 1: SPIKES-MODELL VORSTELLEN

Fassen Sie noch einmal die Idee des SPIKES-Modells und die grundsätzlichen Schritte für die Gesprächsführung, wie sie vorn im Text beschrieben sind, zusammen.

Empfohlene Moderationsmedien

- › kurzer Vortrag
- › Lesearbeit
- › MP 5: SPIKES-Modell

Methodische Hinweise

Vergewissern Sie sich, dass alle einen ähnlichen Kenntnisstand zu diesem Kommunikationsmodell haben

SCHRITT 2: FALLBEISPIEL AUSWÄHLEN

Wählen Sie gemeinsam ein typisches Fallbeispiel für ein schwieriges Arzt-Patienten-Gespräch in der Praxis aus. Sie können einen Teilnehmenden bitten, ein Beispiel vorzustellen oder eines aus der Beispielsammlung nutzen.

Typischerweise geht es um das Überbringen einer ungünstigen Nachricht, wie z. B. die Erstdiagnose einer schwerwiegenden oder chronischen Erkrankung.

Empfohlene Moderationsmedien

- › kurzer Vortrag
- › MP 5: SPIKES-Modell

Methodische Hinweise

Durch die Bearbeitung eines relevanten Beispielfalls wird es den Teilnehmenden leichter fallen, das theoretische Modell in den Praxisalltag zu transferieren. Die schrittweise Bearbeitung des Moderationsplakats hilft, ein schwieriges Patientengespräch vorzubereiten.

SCHRITT 3: GESPRÄCH PLANEN

Planen Sie jetzt gemeinsam ein Gespräch nach den Schritten des SPIKES-Modells. Notieren Sie typische Settings, Formulierungen oder Inhalte zu den einzelnen Schritten auf dem Moderationsplakat.

Empfohlene Moderationsmedien

MP 5: SPIKES-Modell

Methodische Hinweise

Es können sowohl verbale als auch nonverbale Aspekte erfasst werden.

SCHRITT 4: PRAXISTRANSFER

In einem abschließenden Schritt könnte der Zirkel überlegen, auf welche anderen Situationen im Praxisalltag die gewonnenen Ergebnisse übertragbar sind. Beispielhaft könnte auch ein Gespräch nach den beschriebenen Schritten simuliert werden.

Empfohlene Moderationsmedien

MP 5: SPIKES-Modell

Methodische Hinweise

Der Verweis auf die Ergebnisse der Vorüberlegungen hilft, das Gespräch zu strukturieren und vorzubereiten.

ZIELE PHASE E



- › Der Transfer des theoretischen Ansatzes nach dem SPIKES-Modell in die Berufspraxis der Teilnehmenden wird als hilfreich empfunden.
- › Das SPIKES-Modell ist vermittelt und trainiert und kann als Gesprächsleitfaden für schwierige Patientengespräche genutzt werden.
- › Der theoretische Ansatz kann auf analoge Gesprächssituationen übertragen werden.

FALLBEISPIELE

FALL 1: DER VORGESCHOBENE NOTFALL

30-jähriger Patient, der bislang zweimal in die Praxis kam und keine Vorerkrankungen hat, spricht Sie in der Anmeldung so an:

P*: *Haben Sie kurz Zeit? Ihre Mitarbeiterin möchte mich heute nicht mehr zu Ihnen lassen.*

A: *Worum geht es denn?*

P: *Ich huste jetzt schon seit drei Wochen und es wird immer schlimmer. Ich bin ganz eindeutig ein Notfall.*

A: *Wir möchten gern die Reihenfolge einhalten. Bitte gedulden Sie sich.*

P: *Verordnen Sie mir doch einfach Codein-Tropfen.*

FALL 2: „MIR KANN KEINER HELFEN“

57-jähriger Mann, stark übergewichtigt, nach Herzinfarkt, Stents, Ex-Raucher, Diabetiker, klagt über Atemnot bei geringer Belastung:

A: *Dann müssen Sie halt abnehmen.*

P: *Die Lunge ist doch nicht so schlimm, ich glaube das kommt vom Herz, ich rauche doch nicht mehr. Und besser wird es auch nicht. Am liebsten in eine Spezialklinik.*

A: *Was haben Sie unternommen, um Gewicht zu verlieren?*

P: *Alles, was Sie mir gesagt haben. Es wirkt bei mir nicht, ich kann nicht abnehmen.*

FALL 3: BEFUNDBESPRECHUNG VS. NEUE BESCHWERDEN

36-jährige Patientin mit Übergewicht hat Termin zur Besprechung der Laborwerte, bei denen ein deutlich erhöhter Nüchternzucker aufgefallen ist:

A: *Wir müssen einen neuen Termin für die genauere Blutzuckeranalyse ausmachen.*

P: *Übrigens habe ich Schmerzen in beiden Knien.*

A: *Dann müssen wir die Knie genauer untersuchen.*

P: *Aber das hängt ja nicht mit dem Blutzucker zusammen. Kommen davon auch die Rückenschmerzen?*

A: *Ich sehe schon, wir sollten Ihre Beschwerden am Bewegungsapparat abklären.*

FALL 4: DIE SCHMEICHLERIN

53-jährige Patientin, Frau eines Firmenvorstands, Privatpatientin, ist ein Hautbefund aufgefallen:

P: *Herr Doktor, nur Sie können mir weiterhelfen. Schauen Sie sich mal diesen Fleck an. Der sieht doch komisch aus. Was kann das nur sein?*

A: *Ich würde Sie am liebsten zu einem Spezialisten überweisen.*

P: *Aber das können Sie doch genauso. Sie haben mir doch schon oft geholfen. Wenn Sie sagen, es ist nichts, vertraue ich Ihnen.*

*) A = Arzt; P = Patientin bzw. Patient

FALL 5: DER AU-PATIENT

50-jähriger Patient, Fließbandarbeiter,
stellt sich am Montagmorgen vor:

- P: *Bin so krank. Husten. Alles tut mir weh.
So kann ich nicht arbeiten. Schreiben Sie mich
bitte für mindestens vier Wochen krank.*
- A: *Geht höchstens zwei Wochen. So krank sind Sie
doch gar nicht. Sehen uns in zwei Wochen wieder.*
- P: *Aber Herr Doktor, sehen Sie mich doch an.
Es geht nicht mehr. Am liebsten Rente.*
- A: *Kommen Sie doch nächste Woche zur Gesundheits-
untersuchung. Da kriegen wir Sie wieder hin.
Dann sehen wir weiter.*

FALL 6: DIE „GOOGLE“-PATIENTIN

53-jährige Lehrerin stellt sich in der Sprechstunde vor,
sie habe Bauchschmerzen, unabhängig vom Essen,
vor allem am Montagmorgen:

- P: *Ich hab' schon mal im Internet recherchiert.
Wahrscheinlich habe ich ein Magengeschwür.*
- A: *Das glaube ich weniger, aber machen wir erst
einmal Untersuchungen: Blut und Ultraschall.*
- P: *Im Internet steht aber Magenspiegelung.*
- A: *Können wir immer noch machen, kommen Sie
morgen früh nüchtern.*

FALL 7: DER ANKLAGENDE PATIENT

42-jähriger Mann beschreibt Kopfschmerzen
und allgemeine Schwäche:

- P: *Jetzt laufe ich schon seit drei Wochen mit den
Beschwerden rum. Sie haben mich noch immer
nicht zum Spezialisten geschickt. Ein Schädel-MRT
ist doch wohl Standard.*
- A: *Eigentlich wollte ich Sie zum Labor bestellen,
um eine internistische Ursache auszuschließen.*
- P: *Kann man da einen Hirntumor feststellen?
Ich glaube, ich gehe lieber in die Uniklinik.*
- A: *Wenn Sie meinen, dass Ihnen das hilft.*

FALL 8: DER DRITTE PATIENT

Tochter (T) eines 73-jährigen Patienten macht
sich Sorgen um ihren Vater:

- T: *Mein Vater hat ständig Verstopfungen,
geht nur einmal in der Woche auf Toilette.
Ich mache mir Sorgen.*
- A: *Das ist uns schon lange bekannt. Alle Untersu-
chungen, einschließlich Spiegelung, waren
unauffällig, auch nach Kontrollen.*
- T: *Das kann doch nicht sein. Ist es vielleicht etwas
Anderes? Womöglich Krebs? Machen Sie weitere
Untersuchungen!*
- A: *Ihr Vater wollte doch keine weiteren Untersuchungen.*
- T: *Als Arzt müssen Sie die doch trotzdem veranlassen,
auch wenn er nicht entmündigt ist.*

FALL 9: DIE DEPRESSIVE PATIENTIN

21-jährige Frau nimmt stetig ab, hat Angst
vor einem Tumor:

- P: *Vor einem Jahr ist meine Mutter mit 67 Jahren
an Bauchspeicheldrüsenkrebs verstorben.
Ich glaube, ich hab' das auch.*
- A: *Sie sind doch viel zu jung.*
- P: *Machen wir doch eine Generaluntersuchung,
am besten ein MRT.*
- A: *Erst ein Sono, dann Labor, dann sehen wir weiter.*
- P: *Aber ich fühle ich mich doch so schlecht.
Können wir das gleich morgen machen?*
- A: *Wir haben diese Woche keine Termine mehr frei.
Das reicht doch auch in der nächsten Woche.*

FALL 10: DER ARZT-HOPPER

36-jähriger Patient, IT-Fachmann, klagt über Schweißausbrüche bei geringsten körperlichen Belastungen:

A: *Wie lange haben Sie das schon?*

P: *Seit einem Jahr. War schon bei drei Kollegen von Ihnen.*

A: *Welche Untersuchungen wurden denn schon durchgeführt?*

P: *Das ganze Programm: Labor, EKG, Ultraschall, Belastungs-EKG, Vitamine im Blut, Ganzkörper-MRT, Bioresonanzmessung. Es wurde keine Ursache für meine Beschwerden gefunden. Könnte ich eine Überweisung in die Universitätsklinik haben?*

A: *Hmmm....*

FALL 11: DIE BESCHIEDENE PATIENTIN

79-jährige Patientin, blass, klagt über allgemeine Schwäche:

P: *Ich kann seit Wochen nicht mehr richtig schlafen, obwohl ich den ganzen Tag müde bin. Nicht mal staubsaugen geht mehr.*

A: *Dann kommen Sie diese Woche zur Krebsvorsorge. Hier haben Sie schon mal den Test auf Blut im Stuhl. Vergessen Sie den nicht!*

P: *Aber Herr Doktor, das ist doch so teuer, außerdem bin ich schon so alt.*

A: *Dafür ist doch die Krankenversicherung da. Außerdem finden wir vielleicht eine Krankheit, die man gut behandeln kann.*

FALL 12: DER VERDRÄNGENDE PATIENT

57-jähriger Mann berichtet über eine Gewichtsabnahme von 10 kg in sechs Wochen, ansonsten habe er keine Beschwerden:

A: *Da müssen wir eine eingehende Untersuchung machen. Machen Sie einen Termin aus.*

P: *Ach, ich habe auch wenig gegessen und viel mehr Sport getrieben, das Bier habe ich auch weggelassen.*

A: *Trotzdem ist die Gewichtsabnahme zu stark und wir müssen genauer nachschauen.*

P: *Ich glaube, ich überlege mir das nochmal. Ich melde mich übernächsten Monat.*

FALL 13: DER FREMSPRACHIGE PATIENT

60-jähriger Patient mit Migrationshintergrund kommt erstmalig allein ohne seine Tochter, die als Dolmetscherin fungiert, in die Praxis:

P: *Viel Schmerz, ganze Körper*

A: *Waren Sie schon bei einem anderen Doktor?*

P: *Nix verstehen. Du Doktor.*

A: *Nehmen Sie Medizin?*

P: *Du verschreiben Tabletten.*

A: *Können Sie Ihre Tochter mitbringen oder anrufen zum Dolmetschen?*

P: *Tochter Urlaub.*

VIER-OHREN-MODELL

Fallbeispiel	Kommunikationsebene	Aussage
	Sachebene	
	Selbstkundgabe	
	Beziehungsebene	
	Appell	
	Sachebene	
	Selbstkundgabe	
	Beziehungsebene	
	Appell	
	Sachebene	
	Selbstkundgabe	
	Beziehungsebene	
	Appell	

Geeignete Theorie für folgende Kommunikationssituationen mit Patienten:

MP 1: Vier Ohren Modell

KBV QUALITÄTSZIRKELMODUL: ARZT-PATIENTEN-KOMMUNIKATION

Moderationsplakat 1:
Vier-Ohren-Modell

KOMMUNIKATION MIT PATIENTEN

Kurzdarstellung/Zitate des gewählten Fallbeispiels

Selbst-Reflexion	möglicher Hintergrund	kommunikative Intervention

Geeignete Theorie für folgende Kommunikationssituationen mit Patienten:

MP 2: Kommunikation mit Patienten

KBV QUALITÄTSZIRKELMODUL: ARZT-PATIENTEN-KOMMUNIKATION

Moderationsplakat 2:
Kommunikation mit Patienten

AKTIVES ZUHÖREN

Kurzdarstellung/Zitate des gewählten Fallbeispiels

Formulierungen des aktiven Zuhörens

Geeignete Theorie für folgende Kommunikationssituationen mit Patienten:

MP 3: Aktives Zuhören

KBV QUALITÄTSZIRKELMODUL: ARZT-PATIENTEN-KOMMUNIKATION

Moderationsplakat 3:
Aktives Zuhören

FÜNF AXIOME DER KOMMUNIKATION NACH WATZLAWICK

TRAGEN SIE
DIE GEGANNEEN ZUM
FALLBEISPIEL
STICHWORTARTIG
ZUSAMMEN

Kurzdarstellung des gewählten Fallbeispiels

Axiom 1: Man kann nicht nicht kommunizieren.

Axiom 2: Jede Kommunikation hat einen Inhalts- und Beziehungsaspekt.

Axiom 3: Kommunikation ist immer Ursache und Wirkung.

Axiom 4: Kommunikation bedient sich analoger und digitaler Modalitäten.

Axiom 5: Kommunikation ist symmetrisch oder komplementär.

MP 4: Axiome nach Watzlawick

KBV QUALITÄTSZIRKELMODUL: ARZT-PATIENTEN-KOMMUNIKATION

Moderationsplakat 4:
Axiome nach Watzlawick

SPIKES-MODELL: VORBEREITENDE ÜBERLEGUNGEN FÜR SCHWIERIGE PATIENTENGESPRÄCHE

Beispielfall

1. Setting	
2. Perception of Illness	
3. Invitation	
4. Knowledge	
5. Emotions	
6. Strategy and Summary	

Geeignete Theorie für folgende Kommunikationssituationen mit Patienten:

MP 5: SPIKES-Modell

KBV QUALITÄTSZIRKELMODUL: ARZT-PATIENTEN-KOMMUNIKATION

Moderationsplakat 5:
SPIKES-Modell

MUSTER-FEEDBACKBOGEN QUALITÄTSZIRKEL

BITTE NACH
ABSCHLUSS DER
ZIRKELSITZUNG
AUSFÜLLEN UND AN
MODERATOREN
ZURÜCKGEBEN

Bezeichnung QZ: _____

Thema: _____

Datum: _____

Ort: _____

Moderator: _____

BEWERTUNG DER ZIRKELSITZUNG	++	+	+/-	-	--
Die Praxisrelevanz der Inhalte war ...					
Der Informationsgehalt war ...					
Die Moderation gefiel mir ...					
Das Arbeitsklima war ...					
Die Organisation der Sitzung war ...					
Der Zeitrahmen wurde eingehalten ...					
Mein eigener Erkenntnisgewinn war ...					
Der Benefit durch die gemeinsame Arbeit mit den anderen Teilnehmenden war für mich ...					
Die Gelegenheiten zum Erfahrungsaustausch waren ...					
Meine Gesamtbewertung der Sitzung ist ...					

Weiteres Feedback zur Sitzung: _____

Name (Diese Angabe ist freiwillig.): _____

Quelle: nach AK Berlin

KBV QUALITÄTSZIRKELMODUL: ARZT-PATIENTEN-KOMMUNIKATION

Muster-Feedbackbogen

Alle Materialien
stehen unter
www.KBV.de/qz
zum Download
zur Verfügung



KASSENÄRZTLICHE
BUNDESVEREINIGUNG

ARZT-PATIENTEN-KOMMUNIKATION

HANDBUCH QUALITÄTSZIRKEL MODUL FÜR MODERIERENDE AUGUST 2025

©KASSENÄRZTLICHE BUNDESVEREINIGUNG



Präsentation



KASSENÄRZTLICHE
BUNDESVEREINIGUNG

ARZT-PATIENTEN-KOMMUNIKATION:

FALLBEISPIELE FÜR SIMULATIONSÜBUNGEN

HANDBUCH QUALITÄTSZIRKEL MODUL FÜR MODERIERENDE AUGUST 2025

DR. STEPHAN GOTSMICH, DR. CHRISTOPH MÄNNEL

© KASSENÄRZTLICHE BUNDESVEREINIGUNG



Präsentation:
Fallbeispiele

EINE SITZUNG

PHASE A: EINFÜHRUNG



- › Überblick zu theoretischen Grundlagen einer erfolgreichen Kommunikation (ggf. anhand einer Präsentation)
 - › Vier-Ohren-Modell
 - › Technik des aktiven Zuhörens
 - › Pacing and Leading
 - › Ggf. weitere

PHASE B: PRAKTISCHE ARBEIT – KOMMUNIKATION MIT PATIENTEN



- › Sammlung und Auswahl von Beispielen einer schwierigen Arzt-Patienten-Kommunikation
 - › In gemeinsamer Arbeit oder Kleingruppen
 - › Unter Verwendung der genannten Beispiele oder Videosequenzen
- › Arbeit am Beispiel nach den Schritten Reflexion, Analyse der möglichen Gründe und kommunikative Intervention
- › Ableitung von allgemeingültigen Kommunikationstipps

PHASE C: PRAXISTRANSFER (SIMULATIONSÜBUNG)



- › Simulationsübung zur Technik des aktiven Zuhörens
- › Sammeln von Beispielen und Auswahl eines Übungsbeispiels
- › Ableitung allgemeingültiger Kommunikationstipps
- › Feedbackrunde

ALTERNATIVE PHASENVORSCHLÄGE (VARIANTEN)

PHASE D: PRAKTISCHE ARBEIT – FÜNF AXIOME NACH WATZLAWICK



- › Fünf Axiome der Kommunikationstheorie nach Watzlawick
- › Kurzer theoretischer Input
- › Auswahl und Vorstellung (Rollenspiel, Video) einer beispielhaften Gesprächssituation
- › Zuordnung der Beobachtungen zu den Axiomen auf dem Moderationsplakat

PHASE E: PRAKTISCHE ARBEIT – DAS SPIKES-MODELL



- › Praktische Übung nach dem SPIKES-Modell
- › Kurzer theoretischer Input
- › Auswahl eines typischen Fallbeispiels
- › Gesprächsplanung nach dem Kommunikationsmodell
- › Übertragung auf analoge Situationen

ZIELE DER SITZUNG



- › Die Teilnehmenden haben ihre Kommunikationskompetenz weiterentwickelt, verschiedene Modelle der Arzt-Patienten-Kommunikation kennengelernt sowie eingeübt und die Wichtigkeit der Gesprächsführung im Praxisalltag erkannt.

WEITERFÜHRENDE INFORMATIONEN

AOK Die Gesundheitskasse (Hrsg), Erfolgsfaktor Kommunikation, Dokumentation einer Fachtagung am 17. Februar 2007 an der Universität Frankfurt am Main

Bechmann S, Leitfaden zur patientenorientierten Arzt-Patienten-Kommunikation. Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf, abgerufen über Google-Suche am 01.12.2020

Braun B, Marstedt G, Partizipative Entscheidungsfindung beim Arzt: Anspruch und Wirklichkeit, Gesundheitsmonitor 02/2014

Rosengren DB, Arbeitsbuch Motivierende Gesprächsführung. G. P. Probst Verlag GmbH Lichtenau Westfalen, 2012

von Schlippe A, Familientherapie im Überblick. Junfermann Verlag Paderborn, 2010

Tewes R „Wie bitte?“ Kommunikation in Gesundheitsberufen. Springer Verlag GmbH Berlin Heidelberg, 2010

Watzlawick P, Wie wirklich ist die Wirklichkeit? Wahn, Täuschung, Verstehen. Piper Verlag GmbH München, 2009

Watzlawick P, Vom Schlechten des Guten oder Hekates Lösungen. Piper Verlag GmbH München, 2005

Watzlawick P, Weakland JH, Fisch R, Lösungen – Zur Theorie und Praxis menschlichen Wandels. Verlag Hans Huber Bern, 2013

LITERATURVERZEICHNIS

-
- ¹ Schweickhart A, Fritzsche K, Kursbuch ärztliche Kommunikation. 2. erweiterte Auflage 2009, Deutscher Ärzte-Verlag GmbH Köln
-
- ² Ärztekammer Nordrhein (Hrsg), Kommunikation im medizinischen Alltag – Ein Leitfaden für die Praxis. 2015
-
- ³ Kutscher PP, Die Arzt-Patienten-Beziehung: Sieben Tipps, wie Sie die Kommunikation mit den Patienten verbessern. Dtsch Arztebl 2013; 110(29-30): [2]
-
- ⁴ Schulz von Thun F, Miteinander reden. 57. Auflage 1981, Rowohlt Taschenbuchverlag Reinbek bei Hamburg
-
- ⁵ Emmerling P, Ärztliche Kommunikation. Schattauer GmbH Stuttgart, 2014
-
- ⁶ Satir V, Kommunikation, Selbstwert, Kongruenz: Konzepte und Perspektiven familientherapeutischer Praxis. 8. Auflage 1994, Junfermann Verlag GmbH Paderborn
-
- ⁷ Watzlawick P, Beavin JH, Jackson DD, Menschliche Kommunikation: Formen, Störungen, Paradoxien. 13. Auflage 2016, Bern: Hogrefe Verlag GmbH & Co. KG Bern
-
- ⁸ Baile WF, Buckman R, Lenzi R, Glober G, Beale EA, Kudelka AP, SPIKES – A six-step protocol for delivering bad news: application to the patient with cancer. Oncologist. 2000;5(4):302-11
-
- ⁹ Bandler R, Grindler J, Metasprache und Psychotherapie, Die Struktur der Magie. 12. neu übersetzte Auflage 2011, Junfermann Verlag GmbH Paderborn
-
- ¹⁰ Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin e. V. (Hrsg.), S3-Leitlinie Multimorbidität. Berlin, 2017, www.degam.de/degam-leitlinien-379.html, abgerufen am 01.12.2020
-
- ¹¹ Miller WR, Rollnick S, Motivational Interviewing. 3. Auflage des Standardwerks in Deutsch 2015, Lambertus-Verlag GmbH Freiburg im Breisgau
-
- ¹² DiClemente CC, Prochaska JO, Toward a comprehensive, transtheoretical model of change: Stages of change and addictive behaviors. In Miller WR, Rollnick S (Eds.), Treating addictive behaviors (pp. 3-24). Plenum Press New York, 1998
-
- ¹³ Gesellschaft für Qualitätsmanagement in der Gesundheitsversorgung e. V. (GQMG), AG Kommunikation im Qualitäts- und Risikomanagement. 12.12.2016, www.gqmg.de/gqmg_leistung/kommunikation.html, abgerufen am 01.12.2020
-
- ¹⁴ Hannawa AF, Jonitz G, Neue Wege für die Patientensicherheit: Sichere Kommunikation. Walter de Gruyter GmbH Berlin Boston, 2017
-
- ¹⁵ Bayerisches Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie, Frauen und Gesundheit (Hrsg.), Neuberger O, Miteinander arbeiten – miteinander reden. Vom Gespräch in unserer Arbeitswelt. 15. Auflage 1996. München
-



IMPRESSUM

Herausgeberin und Copyright

Kassenärztliche Bundesvereinigung
Herbert-Lewin-Platz 2, 10623 Berlin
Telefon 030 4005-1208
qqp@kbv.de, www.kbv.de

Redaktion

Dezernat Sicherstellung und Versorgungsstruktur,
Abteilung Qualitätsmanagement, Qualitätszirkel,
Patientensicherheit

Ansprechpartnerinnen

Tanja Reick, TReick@kbv.de
Ulrike Schmitt, USchmitt@kbv.de

Stand

August 2025 (3. Auflage)

Wichtige Hinweise

Die Medizin und das Gesundheitswesen unterliegen einem fortwährenden Entwicklungsprozess, sodass alle Inhalte immer nur dem Wissensstand zum Zeitpunkt der Erarbeitung des Moduls entsprechen können. Alle Angaben wurden sorgfältig geprüft. Dennoch können die KBV und die Autoren keine Gewähr für die Richtigkeit, Vollständigkeit und Aktualität der Inhalte geben. Der Nutzer selbst bleibt verantwortlich für jede diagnostische und therapeutische Applikation, Medikation und Dosierung. Autoren und Herausgeber übernehmen infolgedessen keine Verantwortung und Haftung für Schäden, die auf irgendeine Art aus der Benutzung der in dem Werk enthaltenen Informationen oder Teilen davon entstehen.

Das Werk ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung in anderen als den gesetzlich zugelassenen Fällen bedarf der vorherigen schriftlichen Genehmigung der KBV. Das gilt gleichermaßen für Präsentationen und andere Moderationsmedien, die ergänzend zu dem Modul auf der Website der KBV zum Download zur Verfügung stehen.

Das Modul ist für Vertragsärzte und -psychotherapeuten gleichermaßen entwickelt worden. Sofern im Text nur von Ärzten beziehungsweise Vertragsärzten gesprochen wird, sind immer beide Berufsgruppen gemeint. Aus Gründen der Lesbarkeit wurde meist nur eine Form der Personenbezeichnung gewählt. Hiermit sind selbstverständlich auch alle anderen Formen gemeint.