

## Kommunikation mit Patienten<sup>1</sup>

Wolf Langewitz und Sabina Hunziker, Psychosomatik, Kommunikation im medizinischen Alltag, Universitätsspital Basel

Personalisierte Medizin als eine auf das Individuum zugeschnittene Herangehensweise in der Medizin ist darauf angewiesen, das Besondere eines Menschen in Erfahrung zu bringen. Das Besondere ist dadurch charakterisiert, dass es sich nicht automatisch erschliesst, z.B. aus äusseren Merkmalen einer Person, es ist eben nicht häufig, sondern speziell. Das bedeutet auch, dass man nach ganz besonderen Eigenschaften einer Person, ihren ganz eigenen Werten und Hoffnungen nicht direkt fragen kann, man muss es sich erzählen lassen – und hier kommt die professionelle Kommunikation ins Spiel, um die es in diesem Kapitel geht.

1. Der Unterschied zwischen privater und professioneller Kommunikation
  - a. Ziele

Private Kommunikation ist weniger eindeutig auf ein bestimmtes Ziel ausgerichtet. Dies liegt u.a. daran, dass nicht regelhaft einer der beteiligten Personen ein bestimmtes Ziel im Auge hat, das er in einem Gespräch erreichen will. In professioneller Kommunikation dagegen hat zumindest der nicht-professionelle Partner<sup>2</sup> ein bestimmtes Anliegen, wegen dem er den professionellen Partner aufgesucht hat. Dieser Unterschied gilt für das Gespräch beim Steuerberater oder auf einer Behörde genauso wie in einer medizinischen Konsultation. Auch der professionelle Partner einer Interaktion hat häufig eine eigene Agenda, z.B. die Maximierung des eigenen Vorteils durch den Verkauf einer bestimmten Dienstleistung oder die Minimierung des eigenen Aufwandes durch das Verschweigen von Alternativen, die mit höherem eigenen Aufwand verknüpft wären. In der medizinischen Konsultation hat häufig der professionelle Partner das Anliegen, den Patienten<sup>3</sup> zu informieren, z.B. über Vor- und Nachteile einer Intervention oder zur Natur einer Erkrankung und dem sinnvollen Umgang mit ihr (eine Übersichtsarbeit zu 'patient education': Stenberg et al. 2018).

- b. Zeitgrenzen

Private Kommunikation findet eher selten innerhalb fester Zeitgrenzen statt; ein rigides Zeitmanagement bei einem Gespräch z.B. nach Feierabend wirkt befremdend, da man davon ausgeht, dass das Ende des Miteinander-Sprechens sich spontan herausbildet, aber nicht a priori definiert ist. Professionelle Kommunikation ist zumindest im ärztlichen Alltag meist einem Zeittakt unterworfen, der im ambulanten Sektor jedes Gespräch 'taktet' und im stationären Sektor zumindest ein grobes Zeitraster vorgibt, innerhalb dessen z.B. eine Stations-Visite oder eine Patientenvorstellung am Tumor-Board abgeschlossen sein sollte.

- c. Rollenverständnis

In allen Gesprächen unterliegt der Inhalt dessen, worüber gesprochen wird, bestimmten Konventionen, die sich z.B. an Gender-Stereotypen oder an der hierarchischen Stellung der Beteiligten orientieren. Die Spielräume sind allerdings meist weit gefasst und hoch variabel, während sie im ärztlichen Kontext einem bestimmten Ritual folgen: A hat ein Problem und

---

<sup>1</sup> Eine ausführliche Version mit vielen praktischen Beispielen findet sich unter 'Kommunikation im medizinischen Alltag' (2013) <https://www.samw.ch/de/Publikationen/Leitfaden-fuer-die-Praxis.html> (last access: 2018 08 06)

<sup>2</sup> Die männliche und die weibliche Form werden abschnittsweise benutzt; die jeweils andere Form ist immer mit angesprochen.

<sup>3</sup> Wenn von Patienten/Patientinnen die Rede ist, sind Angehörige jeweils mitgemeint

hofft, dass B eine Lösung kennt. B erwartet, dass A ein Problem hat und will herausfinden, welcher Natur es ist und ob seine fachliche Kompetenz einen Lösungsvorschlag nahelegt. In der Kommunikation zwischen Fachperson und Patient ist die Reziprozitätsannahme aufgehoben, der zufolge die Wahl der Themen und die Intimität dessen, was ausgesprochen wird, annähernd symmetrisch aufgeteilt ist zwischen den miteinander Sprechenden. Die Fachperson darf Themen aufbringen und u.U. intime Fragen stellen, ohne dass dies dem Patienten das Recht gibt, Gleiches zu tun.

## 2. Raum öffnende und Raum schliessende Kommunikation

In diesem Abschnitt geht es um die beiden grundlegenden Formen der Kommunikation zwischen Fachperson und Patient, derer es bedarf, um die Ziele einer professionellen Kommunikation zu erreichen, nämlich Identifikation eines Problems, Erarbeiten von Lösungsvorschlägen, Abgleich der Lösungsvorschläge mit dem Patienten, Begleitung des Patienten und Unterstützung bei der Umsetzung der Vorschläge.

### a. Indikationsstellung: Handelt es sich um eindeutige oder unsicher definierte Probleme?

Wenn Raum öffnende Kommunikation gelingt, macht die Patientin weiterführende Angaben, die u.U. helfen, das Problem oder das Spektrum möglicher Lösungen einzugrenzen. Wenn das Problem klar ist, ist Raum-öffnende Kommunikation nicht notwendig, wird aber möglicherweise als freundliche Einladung zu einem Gedankenaustausch wahrgenommen. Sie kann aber genauso dazu führen, dass die Patientin irritiert das Sprechzimmer verlässt, da ihre Erwartung, kurz und knapp zu einem konkreten Anliegen zu sprechen, von der Fachperson nicht wahrgenommen wurde, weil sie glaubte, Raum öffnende Kommunikation mit dem Ziel einer Erfassung der Gesamt-Situation einer Patientin sei in jedem Fall vorzuziehen. Die gezielte Suche nach Informationen macht vor allem dann Sinn, wenn es ein Ziel gibt, wenn also die Fachperson genügend Anhaltspunkte für eine diagnostische Hypothese hat. Diese kann sie dann mit einer Serie von geschlossenen Fragen, die eindeutige Antworten einfordern, abklären. Zielgerichtetes Fragen ohne Ziel ist sinnlos – hier greift die Raum öffnende Kommunikation, weil sie die Möglichkeit bietet, mit Hilfe dessen, was von der Patientin noch nicht gesagt wurde, zu einer diagnostischen Hypothese zu kommen.

### b. Konkrete Techniken der Raum öffnenden Kommunikation

#### i. WWSZ

Mit dem Akronym WWSZ werden vier Gesprächstechniken beschrieben, die die Gesprächsinitiative an den Patienten zurückgeben. Sie stehen für Warten, Wiederholen, Spiegeln, Zusammenfassen (Langewitz Techniken der patientenzentrierten Kommunikation 2017; Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften 2013).

Wenn die Patientin von sich aus weiterspricht, ist *Warten* eine kluge Strategie, die nicht zu übermässigem Zeitverlust führt, denn auch im Erst-Gespräch schliessen 80 Prozent der Patientinnen von sich aus ihre Einlassungen nach 2 Minuten ab (Langewitz et al. 2002). Die Dauer *sinnvollen* Wartens lässt sich aus dem Blick der Patientin ableiten: Wenn sie über eine Frage nachdenkt oder den eigenen Gesprächsfaden weiterspinnen will, lässt sich das meist am Wegschauen ablesen – sie unterbricht den Blickkontakt zur Fachperson und 'schaut nach innen', auf der Suche nach dem, was jetzt wert wäre, berichtet zu werden.

#### ii. Das Wiederholen

Durch das Wiederholen einzelner Worte aus dem letzten Satz der Patientin wird sie dazu animiert, sich weiter zu äussern; die Auswahl des Wortes, das wiederholt wird, steuert

zugleich den Fokus der weiteren Ausführungen (Pat.: «Und dann hab ich seit drei Wochen Fieber am Abend!» Ärztin: «...Fieber?» - generiert Informationen z.B. zur Höhe der Temperatur; Pflegende: «...drei Wochen?» - generiert Informationen zum zeitlichen Verlauf).

### iii. Das Spiegeln

Die Fachperson paraphrasiert, was sie bei der Patientin wahrgenommen hat. Das Zurückmelden des Wahrgenommenen in eigenen Worten kann sich auf Inhalte des Gesagten («Wenn ich Ihnen zuhöre, habe ich den Eindruck, dass Sie in den letzten zwei Monaten so ziemlich alle Komplikationen Ihrer Zuckererkrankung durchgemacht haben»), auf wahrgenommene Gefühle («Wenn Sie von dieser Zeit sprechen, wirken Sie auf mich eher entschlossen und energisch») oder auf auffallende mimische und gestische Besonderheiten beziehen («Mir fällt auf, dass Sie Ihre Schilderung mit sehr energischen Handbewegungen untermalen!«).

### iv. Das Zusammenfassen

Die Fachperson fasst in eigenen Worten zusammen, was sie bisher von der Patientin verstanden hat. Wenn sie am Ende der Zusammenfassung nicht weiterfragt, sondern auf eine Reaktion der Patientin wartet, fungiert die Zusammenfassung als Raum-öffnende Kommunikation, da sie die Patientin u.U. dazu bewegt, fehlende Details zu ergänzen oder falsch verstandene Einzelheiten zu korrigieren.

### v. Benennen und Verstehen von Emotionen

Das explizite Ansprechen («Das macht mir Angst») oder das offene Zeigen von Gefühlen (Tränen, hektische Nervosität, etc.) sind in der nicht-psychotherapeutischen Medizin eher selten (z.B. Langewitz et al. 2009; Weber et al. 2007), sie werden aber dennoch häufig nicht aufgegriffen, obwohl sie Einblicke in das Innenleben der Patienten ermöglichen. Das Benennen von vermuteten Gefühlen gibt der Patientin Gelegenheit, zu erzählen, warum ihr in einer bestimmten Art und Weise zu Mute ist, dies hilft wiederum der Fachperson, sich in ihrem Verhalten auf die spezifische Situation der Patientin einzustellen. Das Äussern von Verständnis für Gefühle ist wohltuend aus Patientensicht, wenn es nachvollziehbar ist und als ehrliche Äusserung des Mit-Fühlens wahrgenommen wird. Wenn es floskelhaft eingesetzt wird, ist es verletzend.

### vi. Reflecting Back

Dieser Begriff, der aus dem Verhaltensrepertoire der motivierenden Gesprächsführung (DiClemente et al. 2017; Rollnick et al. 2010) stammt, fasst alle Gesprächstechniken zusammen, mit denen die Fachperson in irgendeiner Art und Weise zurückmeldet, was bei ihr ankommt, ohne neues Material in Form von Fragen oder Vorschlägen einzubringen.

### vii. Offene Fragen

Offene Fragen sind wahrscheinlich die häufigste 'Gesprächstechnik', um an Informationen zu gelangen, nach denen man nicht gezielt fragen kann oder mag. Die typische Einleitung einer Praxiskonsultation («Weswegen kommen Sie heute zu mir?») ist eine offene Frage, weil sie nicht festlegt, was konkret gesagt wird; sie ist allerdings insofern nicht vollkommen offen, als sie den Themenbereich einschränkt, zu dem dann gesprochen werden wird.

### c. Techniken Raum schliessender Kommunikation

Diese Techniken bilden den Gegenpol zu Raum öffnender Kommunikation, sie begrenzen den Raum, der Fachperson und Patient für ihr Gespräch zur Verfügung steht. Sie sind zum einen notwendig, weil die Kommunikation zwischen Patient und Fachperson, wie oben

bereits dargestellt, bestimmten Anforderungen und bestimmten, z.B. von Tarmed vorgegebenen Regeln unterliegt. Sie sind zum anderen hilfreich, weil sie vor allem Patienten die Möglichkeit geben, sich in einem ihnen wenig vertrauten diskursiven Raum zu orientieren (Enzer et al. 2003; Robinson et al. 2002).

#### i. Explizite Struktur

Entscheidend ist das Adjektiv 'explizit': Typische Konsultationen haben fast immer eine bestimmte Struktur, indem sie einem bestimmten Ablaufschema folgen. Dieser Ablauf ist dem Patienten aber nicht vertraut, so dass er nicht im Voraus weiss, welcher Schritt als nächster kommt und was von ihm erwartet wird.

Elemente einer expliziten Struktur sind die zeitlichen Grenzen, innerhalb derer ein Gespräch stattfindet («Wir haben jetzt ungefähr 20 Minuten Zeit für das Gespräch und wollen schauen, dass wir diese Zeit so gut wie möglich nutzen...») und die thematischen Schwerpunkte, die den Inhalt eines Gespräches definieren («... Darum sollten wir am Anfang miteinander festlegen, was wir heute erreichen wollen. Ich würde gerne .... mit Ihnen besprechen, was gibt es von Ihnen?»). Mit dieser Einleitung wird eine gemeinsame Agenda definiert, dies schützt weitgehend vor Patienten-Anliegen, die in letzter Sekunde, sozusagen mit der Hand auf der Türklinke vorgetragen werden.

#### ii. Geschlossene Fragen

Beim Einsatz geschlossener Fragen liegt die Gesprächsinitiative eindeutig bei der Fachperson; dies macht Sinn, wenn sie weiss, wonach sie sucht oder welches therapeutische Ziel sie erreichen will. Der Nachteil geschlossener Fragen liegt darin, dass potentiell interessantes Material nicht benannt wird, obwohl der Patient es in einer offenen Kommunikation womöglich eingebracht hätte.

#### iii. Zusammenfassen und Überleitung

Das oben bereits erwähnte Zusammenfassen kann auch zur expliziten Struktur eingesetzt werden, wenn am Ende der Zusammenfassung keine Pause folgt, die den Patienten einlädt, weiteres Material einzubringen, sondern wenn unmittelbar eine Überleitung zum nächsten Thema folgt («Ich fasse mal zusammen, was ich bisher von Ihnen verstanden habe: [.....] Im nächsten Abschnitt würde ich Ihnen gerne ein paar ganz konkrete Fragen zu Ihren Körperfunktionen stellen»).

### 3. Monologische und dialogische Kommunikation

Aus dem bisher Gesagten wird deutlich, dass professionelle Kommunikation im Gesundheitswesen den Patienten auch dann in den Ablauf und den Inhalt eines Gespräches einbinden sollte, wenn die Rahmenbedingungen von der Fachperson eindeutig definiert sind. Eine schlichte Bekanntgabe der Bedingungen eines Gespräches ist monologisch, wenn die Patientin keine Chance erhält, auf die Äusserungen der Fachperson zu reagieren; es wird erwartet, dass die Patientin die Vorgaben akzeptiert. Das Ansprechen dessen, was verhandelt wird und das Offenlegen von Zeitgrenzen wird dann ein *Dialog*, wenn die Patientin die Möglichkeit hat, auf die explizit strukturierenden Äusserungen zu reagieren. Dies wird am einfachsten dadurch erreicht, dass die Fachperson z.B. am Ende einer Zeitvorgabe wartet, bis die Patientin 'quittiert' und u.U. durch ein Nicken signalisiert, dass sie verstanden hat. Sie hat durch das kurze Abwarten die Möglichkeit, die Information zu verarbeiten und kann ggfs. ihr Erstaunen äussern («Oh, das ist ja toll, 20 Minuten?») oder ihre Enttäuschung platzieren («Ach schade, ich dachte, Sie hätten mehr Zeit für mich»). In diesem Beispiel würde sich anbieten, durch Wiederholen («Mehr Zeit?») in Erfahrung zu bringen, womit die Patientin gerechnet hatte (Pat.: «Ich dachte, Sie hätten eine halbe Stunde Zeit!») und Verständnis für die Enttäuschung der Patientin zu äussern («Ja, tut mir leid, das

kann ich verstehen, dass Sie enttäuscht sind, wenn Sie sich auf ein längeres Gespräch gefreut hatten»).

#### 4. Besondere Anforderungen

##### a. Breaking Bad News

Für die meisten Ärzte ist das Mitteilen schlechter Neuigkeiten ein besonders belastender Teil der Gespräche mit Patienten. In vielen Publikationen werden Empfehlungen ausgegeben, wie diese Aufgabe am besten zu bewältigen ist (z.B. Morgans und Schapira 2015; Paul et al. 2009), neuere Arbeiten verweisen auf das Problem, dass Teilnehmer an Kommunikationstrainings zwar im Sinne der Vorgaben besser kommunizieren, dass positive Effekte auf Seiten von Patienten und Angehörigen aber weitgehend fehlen (Curtis et al. 2013; Langewitz Breaking bad news-Quo vadis? 2017; Salmon und Young 2017).

Wahrscheinlich besteht die besondere Aufgabe beim Vermitteln schlechter Nachrichten darin, die 'Stop- und Start-Signale' eines Patienten zu bemerken, mit denen er den Wunsch nach mehr oder weniger Information und den Wunsch, jetzt mit der Fachperson über seine Gefühle zu sprechen oder zunächst einmal seine Fassung wiederzugewinnen, signalisiert. Wie bereits im Abschnitt über das Warten dargelegt, ist der Blick des Patienten ein guter Indikator dafür, ob er 'innerlich' verarbeitet oder bereit ist, im Dialog mit der Fachperson fortzufahren. Damit der Patient sich verbal oder non-verbal äussern kann, braucht es vor allem ein Abwarten der Fachperson, bis der Patient nach eigenem Gutdünken den Dialog wieder aufnimmt.

##### b. - Führen schwieriger Gespräche

Unter dem Begriff 'difficult patients' werden Begegnungen mit Patienten oder Angehörigen zusammengefasst, die zumindest aus der Sicht des Arztes unbefriedigend verlaufen sind (Cannarella Lorenzetti et al. 2013; Edgoose, Regner und Zakletskaia 2014). Ursache sind in der Regel nicht erfüllte Erwartungen der einen Seite an die andere: Patienten bekommen nicht, was sie erwarten und Ärzte stellen fest, dass Patienten anderer Ansicht sind oder sich anders verhalten, als sie es sich gewünscht hatten. Was in solchen Fällen zu machen wäre von Seiten der Ärzte, entspricht im Wesentlichen dem, was bereits gesagt wurde: Gleich zu Beginn des Gespräches sollten beide Seiten deklarieren, was sie in dem Gespräch erreichen wollen. Das erspart hinausgezögerte Enttäuschungen nach vergeblicher Diskussion und bietet die Möglichkeit, gleich zu Anfang Inkompatibilitäten zu klären. Wenn der Patient als Hauptpunkt der eigenen Agenda benennt, dass er von der Hausärztin eine Krankenschreibung möchte, diese aber in Kenntnis der besonderen Geschichte des Patienten sicher ist, dass sie diesem Wunsch nicht entsprechen wird, ist das Gespräch entweder bereits beim Setting der Agenda zu Ende, weil die Ziele unvereinbar sind, oder beide Seiten einigen sich darauf, dass sie nach Alternativen zur Unterstützung des Patienten suchen wollen. Wenn umgekehrt die Ärztin als ihr wichtigstes Anliegen benennt, dass sie über Adhärenzprobleme sprechen will, kann der Patient dieses Thema sofort zurückweisen und sie hat die Möglichkeit zu entscheiden, wie sie weiter vorgehen will. Nicht (korrekt) verstandene Informationen sind ein weiterer typischer Grund für Patientenverhalten, das den Erwartungen der Fachperson nicht entspricht. Die Kommunikationsstrategien, die in diesem Fall hilfreich wären, werden im folgenden Abschnitt besprochen.

##### c. Probleme mit der Vermittlung von Informationen

Ärzte erklären unglaublich viel, z.B. 20 einzelne Informationen pro Tag auf der internistischen Visite (Weber et al. 2007), es fällt ihnen auch dann sehr schwer, auf Informationen zu verzichten, wenn sie wissen, dass sie mehr wollen, als im Setting einer Notfallstation möglich ist (Ackermann et al. 2016). Behalten wird nur ein Bruchteil dessen, was mitgeteilt wurde (z.B. Horwitz et al. 2013; Kessels 2003). Lerntheoretische Konzepte legen nahe, die zu vermittelnden Inhalte zum einen an bereits vorhandenes Wissen anzuknüpfen und zum anderen Informationen mit Hilfe von expliziten Inhaltsangaben in einzelne Segmente zu unterteilen (Hattie 2009; Ley 1979). Wir haben dafür den Begriff der Buch-Metapher geprägt,

um auf die Übertragbarkeit der Struktur von Büchern (mit Hilfe eines Inhaltsverzeichnisses und von Kapitelüberschriften) auf mündlich gegebene Information zu verweisen (Langewitz et al. 2015). Enttäuschungen der Ärzte sind dann naheliegend, wenn sie davon ausgehen, dass Patienten verstanden haben, was ihnen erklärt wurde – dies ist eher die Ausnahme als die Regel (Kessels 2003). Letztlich hilft nur die Bitte der Fachperson zu wiederholen, was die Patientin verstanden hat (z.B. mit der Frage: «Was werden Sie Ihrem Mann heute Abend sagen, wenn er Sie fragt, was wir heute besprochen haben?»). Diese Strategie wird mit den Begriffen 'Schliessen der Schleife (closing the loop) oder 'Erklär's mir!' (Teach back) bezeichnet und hat sich als ausgesprochen erfolgreich erwiesen, um das Verständnis von Informationen und letztlich Adhärenz mit Instruktionen zu verbessern (Griffey et al. 2015; Jager und Wynia 2012; Samuels-Kalow et al. 2016). Die Information von Angehörigen, die einem bestimmten Erkrankungsrisiko, z.B. auf genetischer Basis, ausgesetzt sind, folgt den gleichen Prinzipien: Information sollte strukturiert und in einem ersten Schritt möglichst knapp gehalten sein, das Verständnis der Empfänger der Information muss mit Teach Back explizit geklärt werden. Wie z.B. im Kapitel 1.6 (S. Allemann, S. 1 im Manuskript) dargelegt wird, sind die Informationen, die aus genetischen Untersuchungen resultieren, die ohne Beteiligung einer Fachperson ausgelöst wurden, in der Regel nicht eindeutig und daher schwer zu interpretieren. Selbst wenn es in diesen Fällen weniger um relevante medizinische Probleme geht, können die Resultate Verwirrung auslösen, die vor allem aus der Unsicherheit heraus entsteht, was diese Ergebnisse für den Einzelnen bedeuten. Bei der genetischen Beratung im engeren Sinne (s. Kapitel 2.6 S.1 im Manuskript) ist die Aufgabe, Relevanz und Bedeutung von Befunden für den Einzelnen oder seine Familie abzuwägen, zusätzlich dadurch erschwert, dass es nicht nur um mehr oder weniger interessante Details zur eigenen Abstammung geht, sondern um Entscheide, die u.U. massiven Einfluss auf die Lebensgestaltung des Ratsuchenden nehmen. Das sorgfältige Setting einer genetischen Beratung umfasst allein 13 Unterpunkte, die jeder für sich abgearbeitet werden müssen (s. Kapitel 2.6; S. 1 im Manuskript). Die zu den einzelnen Unterpunkten vermittelten Informationen sind jeweils komplex und erfordern ein wohl überlegtes Vorgehen, bei dem gemeinsamen mit Rat suchenden Personen die Tiefe der Information in den einzelnen Unterpunkten festgelegt werden sollte. Nur damit lässt sich ansatzweise verhindern, dass Beratung mehr Chaos stiftet als Ordnung schafft.

d. Grundkenntnisse der Patientenedukation und des Selbstmanagements  
Patient education ist der Fachbegriff für das Bemühen, Patienten so zu informieren, dass sie in bestimmtem Ausmass die Verantwortung für die Behandlung ihrer Erkrankung selber übernehmen können (Ha Dinh et al. 2016). Hinter diesen Konzepten steht die Annahme, dass Patienten, die verstehen, woran sie leiden und wie die Behandlung funktioniert, eher bereit sind, sich klug zu verhalten. Dafür gibt es bei verschiedenen chronischen Krankheitsbildern und in der Übergangsphase vom stationären Behandlungssektor auf die ambulante Versorgung gelungene Beispiele (Ghisi et al. 2014; Slater, Huang und Dalawari 2017). Gespräche über den Umgang mit chronischen Erkrankungen werden dann zu eigentlich schwierigen Gesprächen, wenn Fachperson und Patient auf verschiedenen Ebenen miteinander sprechen. Dies betrifft vor allem die Diskrepanz zwischen emotionalen Äusserungen der Patientin und rationalen Argumenten der Fachperson. In diesem Fall wäre ein Rückgriff auf Raum-öffnende Kommunikation über das Ansprechen von Emotionen hilfreich, weil es die Patientin einlädt, z.B. über enttäuschte Erwartungen zu sprechen, die sie am Sinn einer Intervention zweifeln lassen.

Literatur

- Ackermann S, Heierle A, Bingisser MB et al. Discharge Communication in Patients Presenting to the Emergency Department With Chest Pain: Defining the Ideal Content. *Health Commun* 2016; 31: 557-565.
- Cannarella Lorenzetti R, Jacques CH, Donovan C et al. Managing difficult encounters: understanding physician, patient, and situational factors. *Am Fam Physician* 2013; 87: 419-425.
- Curtis JR, Back AL, Ford DW et al. Effect of communication skills training for residents and nurse practitioners on quality of communication with patients with serious illness: a randomized trial. *Jama* 2013; 310: 2271-2281.
- DiClemente CC, Corno CM, Graydon MM et al. Motivational interviewing, enhancement, and brief interventions over the last decade: A review of reviews of efficacy and effectiveness. *Psychol Addict Behav* 2017; 31: 862-887.
- Edgoose JY, Regner CJ, Zakletskaia LI. Difficult patients: exploring the patient perspective. *Fam Med* 2014; 46: 335-339.
- Enzer I, Robinson J, Pearson M et al. A reliability study of an instrument for measuring general practitioner consultation skills: the LIV-MAAS scale. *Int J Qual Health Care* 2003; 15: 407-412.
- Ghisi GL, Abdallah F, Grace SL et al. A systematic review of patient education in cardiac patients: do they increase knowledge and promote health behavior change? *Patient Educ Couns* 2014; 95: 160-174.
- Griffey RT, Shin N, Jones S et al. The impact of teach-back on comprehension of discharge instructions and satisfaction among emergency patients with limited health literacy: A randomized, controlled study. *Journal of communication in healthcare* 2015; 8: 10-21.
- Ha Dinh TT, Bonner A, Clark R et al. The effectiveness of the teach-back method on adherence and self-management in health education for people with chronic disease: a systematic review. *JBHI Database System Rev Implement Rep* 2016; 14: 210-247.
- Hattie J. *Visible Learning: A synthesis of over 800 meta-analyses relating to achievement*. London: Routledge; 2009.
- Horwitz LI, Moriarty JP, Chen C et al. Quality of discharge practices and patient understanding at an academic medical center. *JAMA Internal Medicine* 2013; 173: 1715-1722.
- Jager AJ, Wynia MK. Who gets a teach-back? Patient-reported incidence of experiencing a teach-back. *J Health Commun* 2012; 17 Suppl 3: 294-302.
- Kessels RP. Patients' memory for medical information. *J R Soc Med* 2003; 96: 219-222.
- Langewitz W. Breaking bad news-Quo vadis? *Patient Educ Couns* 2017; 100: 607-609.
- Langewitz W. Techniken der patientenzentrierten Kommunikation. In: Uexküll. *Psychosomatische Medizin. Theoretische Modelle und klinische Praxis*, K. Köhle, W. Herzog, P. Joraschky, J. Kruse, W. Langewitz and W. Söllner Hrsg. München: Elsevier, Urban & Fischer; 2017: 296ff.
- Langewitz W, Ackermann S, Heierle A et al. Improving patient recall of information: Harnessing the power of structure. *Patient Educ Couns* 2015; 98: 716-721.
- Langewitz W, Denz M, Keller A et al. Spontaneous talking time at start of consultation in outpatient clinic: cohort study. *Bmj* 2002; 325: 682-683.
- Langewitz WA, Loeb Y, Nubling M et al. From patient talk to physician notes-Comparing the content of medical interviews with medical records in a sample of outpatients in Internal Medicine. *Patient Educ Couns* 2009; 76: 336-340.
- Ley P. Memory for medical information. *Br J Soc Clin Psychol* 1979; 18: 245-255.
- Morgans AK, Schapira L. *Confronting Therapeutic Failure: A Conversation Guide*. *Oncologist* 2015; 20: 946-951.
- Paul CL, Clinton-McHarg T, Sanson-Fisher RW et al. Are we there yet? The state of the evidence base for guidelines on breaking bad news to cancer patients. *Eur J Cancer* 2009; 45: 2960-2966.
- Robinson J, Walley T, Pearson M et al. Measuring consultation skills in primary care in England: evaluation and development of content of the MAAS scale. *British Journal of General Practice* 2002; 52: 889-893.
- Rollnick S, Butler CC, Kinnersley P et al. Motivational interviewing. *BMJ* 2010; 340.

- Salmon P, Young B. The inseparability of emotional and instrumental care in cancer: Towards a more powerful science of clinical communication. *Patient Educ Couns* 2017; 100: 2138-2140.
- Samuels-Kalow M, Hardy E, Rhodes K et al. "Like a dialogue": Teach-back in the emergency department. *Patient Education and Counseling* 2016; 99: 549-554.
- Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften, Hrsg. Kommunikation im medizinischen Alltag. Ein Leitfaden für die Praxis. Basel: SAMW; 2013.
- Slater BA, Huang Y, Dalawari P. The Impact of Teach-Back Method on Retention of Key Domains of Emergency Department Discharge Instructions. *Journal of Emergency Medicine* 2017; 53: e59-e65.
- Stenberg U, Vagan A, Flink M et al. Health economic evaluations of patient education interventions a scoping review of the literature. *Patient Educ Couns* 2018; 101: 1006-1035.
- Weber H, Stockli M, Nubling M et al. Communication during ward rounds in Internal Medicine An analysis of patient-nurse-physician interactions using RIAS. *Patient Educ Couns* 2007; 67: 343-348.