

Ärztliche Gesprächsführung bei Impfskepsis

Guidance for Doctors to Communicate with Vaccine-hesitant Patients

Marc Augustin

Hintergrund

Für PatientInnen ist das beratende, ärztliche Gespräch für therapeutische Entscheidungen eine bedeutende Informationsbasis. Im Rahmen der COVID-19-Pandemie beurteilt ein relevanter Anteil von Menschen Impfungen skeptisch.

Suchmethodik

Pragmatische Suche ohne Spracheinschränkung unter den Stichworten „vaccine hesitancy doctor communication“ und „vaccine hesitancy medical communication“ sowie in deutscher Sprache mit den Suchbegriffen „Gesprächsführung“ und „Impfskepsis“ im April 2021 ohne Eingrenzung des Zeitraums oder Artikeltyps in der Datenbank PubMed.

Wichtigste Botschaften

Gesprächsführung bei Impfskepsis sollte geprägt sein durch partnerschaftliche Kommunikation, wertschätzendes Erfragen der Gründe für Sorgen und Skepsis und die Vermeidung von Konfrontation oder Beschränkung der Patientenautonomie. Bevor evidenzbasierte Informationen zu Impfungen gegeben werden, sollten Emotionen von PatientInnen wie Ängste und Sorgen angesprochen und von Ärztinnen und Ärzten verstanden werden. Erst wenn Impfskepsis und damit verbundene Emotionen der PatientInnen durch medizinisches Personal wahrgenommen und gewürdigt wurden, erscheint eine inhaltliche Diskussion über die Vorteile einer Impfung erfolgversprechend.

Schlussfolgerungen

Das beratende ärztliche Gespräch stellt einen bedeutenden Faktor dar, um Impfskepsis erfolgreich zu begegnen und zu reduzieren. Das für beide Seiten – PatientInnen und ÄrztInnen – emotionale Thema kann im Gespräch nicht nur auf der sachlichen Ebene mit Fakten behandelt werden. Das mitfühlende Nachvollziehen und Verstehen-Wollen der Gründe für Impfskepsis sollte Vorrang haben vor jeglicher Konfrontation.

Schlüsselwörter

Impfskepsis; Gesprächsführung; Kommunikation; Gesprächstechniken; Motivational Interviewing

Background

Communication between doctors and patients is essential for making therapeutic decisions. Regarding the COVID-19 pandemic, a relevant proportion of patients is hesitant to receive vaccination.

Search Methods

Pragmatic search (no language limit) for the terms „vaccine hesitancy doctor communication“ and „vaccine hesitancy medical communication“ and the German terms „Gesprächsführung“ and „Impfskepsis“ in the databank PubMed in April 2021 without restricting article type or time of publication.

Main Messages

Communication concerning vaccine hesitancy should include treating patients as allies, appreciating individual anxieties and concerns, inquiring compassionately reasons for hesitancy, and avoiding confrontation or limiting patients' autonomy. Generally, doctors should address and understand patients' emotions such as worries and concerns before sharing evidence-based information on vaccines. Recognizing and appreciating vaccine hesitancy and the respective emotions appears to be a prerequisite for a successful discussion of the benefits of vaccination.

Conclusions

How doctors communicate with patients appears to be highly relevant to address and successfully reduce vaccine hesitancy. Vaccination is an emotional topic for both sides – doctors and patients – that cannot be covered only on a factual, objective level. A compassionate approach trying to understand the worries and reasons for vaccine hesitancy should be favored over mere confrontation.

Keywords

vaccine hesitancy; doctor communication; medical communication; interviewing techniques; motivational interviewing

Hintergrund

Für PatientInnen ist das beratende, ärztliche Gespräch für therapeutische Entscheidungen eine bedeutende Informationsbasis. Im Rahmen der COVID-19-Pandemie sind Impfungen ein entscheidender Baustein, um die Pandemie erfolgreich zu beenden. Zugleich ist hierfür ein hoher Anteil an geimpften Menschen in der Bevölkerung notwendig. Ein relevanter Anteil von PatientInnen beurteilt eine Impfung skeptisch.

Impfskepsis soll hier als neutraler deutschsprachiger Begriff genutzt werden, der weniger negativ konnotiert ist als der Begriff Impfverweigerer. Im englischen Sprachgebrauch wird häufig der Begriff „vaccine hesitancy“ genutzt. Die Definition der „WHO SAGE vaccine hesitancy working group“ hierzu lautet übersetzt, „eine verzögerte Akzeptanz oder Verweigerung von Impfstoffen trotz Verfügbarkeit eines Impfbots“ [1].

Im September 2020 hat die Weltgesundheitsorganisation in einer Meldung darauf hingewiesen, dass die COVID-19-Pandemie die erste Pandemie in der Geschichte ist, die im Zeitalter von sozialen Medien und großer technologischer Vernetzung abläuft [22]. Die englische Anthropologin und Gründerin des „Vaccine Confidence Project“ Larson benennt Falschinformationen und deren Verbreitung über soziale Medien als eine Ursache für Impfskepsis beziehungsweise das Ablehnen von Impfungen [15]. Von staatlichen Behörden und Public-Health-Akteuren wie dem Paul-Ehrlich-Institut und dem Robert-Koch-Institut werden valide, evidenzbasierte Informationen zu Impfungen und Impfreaktionen veröffentlicht. Bei Impfskepsis ist es jedoch nicht so, dass allein die Kommunikation von nicht-verzerrten Informationen zu einer Änderung des Verhaltens führt. Vielmehr kommt es in zahlreichen Bereichen der ärztlichen Kommunikation neben der Korrektheit des Inhaltes besonders auf den Prozess der Kommunikation an, also wie ÄrztInnen mit PatientInnen sprechen [18].

Naturgemäß ist die Art und Weise der interaktionellen Kommunikation zwischen Ärztin und Patient als For-

schungsgegenstand schwierig zu erforschen. Zwar gibt es auf der Makroebene Erkenntnisse dazu, wie proaktive Gesundheitskommunikation gesellschaftlich einen Beitrag leisten kann, um Impfskepsis zu begegnen [3, 8]. Jedoch benötigen ÄrztInnen als Vertrauenspersonen und als Multiplikatoren konkrete Unterstützung, wie man Impfskepsis begegnen kann. Dieser Beitrag verfolgt daher das Ziel durch eine selektive Literaturübersicht evidenzbasierte Handlungsempfehlungen darzustellen, wie die ärztliche Gesprächsführung bei Impfskepsis erfolgen kann.

Suchmethodik

Für diese selektive Literaturübersicht wurde in der Datenbank PubMed nach Forschungsarbeiten recherchiert in englischer Sprache mit den Suchbegriffen „vaccine hesitancy doctor communication“ und „vaccine hesitancy medical communication“ sowie in deutscher Sprache mit den Suchbegriffen „Gesprächsführung“ und „Impfskepsis“ im April 2021 ohne Eingrenzung des Zeitraums oder Artikeltyps. Eine Auswahl erfolgte nach Sichtung der Abstracts nach der Relevanz der Erkenntnisse für die Forschungsfrage, wie ärztliche Kommunikation bei impfskeptischen Patienten konkret gestaltet werden kann. Ergänzend wurden dem Verfasser bekannte Quellen herangezogen, sofern diese sich nicht durch die Recherche in PubMed ergaben [6, 7, 12, 13, 17, 19].

Die Literaturrecherche ergab 185 Artikel mit verfügbarem Abstract für die Suche nach den Begriffen „vaccine hesitancy doctor communication“ und „vaccine hesitancy medical communication“, fünf für „ärztliche Gesprächsführung“ und vier Ergebnisse für „Impfskepsis“. Neun englischsprachige und ein deutschsprachiges Ergebnis adressierten konkrete Interventionen sowie die Technik der ärztlichen Gesprächsführung. Die Artikel umfassten die Impfberatung von Erwachsenen sowie von Eltern, die eine Impfentscheidung für ihre Kinder treffen. Die Ergebnisse lassen sich einteilen in Erkenntnisse zu Rahmenbedingungen sowie konkrete Techniken der ärztlichen Gesprächsführung.

Antworten auf häufige Fragen

1. Welche Rahmenbedingungen sind in ärztlichen Gesprächen bei Impfskepsis relevant?

Zu den Rahmenbedingungen zählen zeitlicher Aufwand, Strukturierung der Themen und Wahl einer Methode oder eines Kommunikationsmodells, um die Gesprächsführung bei Impfskepsis zu erleichtern.

Shay et al. führten 43 Audioaufzeichnungen von Patientenkontakten mit Thematisierung der HPV-Impfung durch [20]. Hierbei zeigte sich, dass sich initial impfskeptisch äuernde Eltern von adoleszenten Patienten häufig durch Erfragen der Gründe der Skepsis und Erläuterung der Impfung doch zur Impfung entschieden. Dies war nie der Fall, wenn die Ablehnung der Impfung vom medizinischem Personal ohne weitere Intervention akzeptiert wurde. Die Dauer des Gesprächs wurde durch eine Intervention nicht wesentlich länger. Die Autoren sehen das Erfragen der Gründe der Impfskepsis als wesentlich, um erfolgreich zu kommunizieren.

Unter dem Akronym CASE („corroborate, about me, science, explain/advise“, übersetzt etwa „bestätigen, professionelle Erfahrung teilen, wissenschaftliche Daten erläutern, beraten/empfehlen“) versteht der amerikanische Pädiater Jacobson einen Ansatz, um Gespräche mit impfskeptischen Menschen in vier Phasen knapp und effektiv zu strukturieren [11]. Es beginnt mit der Bestätigung und Validierung der Skepsis des Patienten, um eine gemeinsame Gesprächsbasis zu etablieren. Hierauf folgt die Erläuterung, warum die Ärztin sich als Expertin auf diesem Gebiet sieht und welche Informationsquellen (z.B. Fachzeitschrift, Konferenz, Weiterbildung) sie einbezieht. Erst dann werden wissenschaftliche Daten erläutert und die relevanten evidenzbasierten Informationen genannt. Abschließend folgt die persönliche Empfehlung zur Impfung und Erläuterung der Gründe, die aus ärztlicher Sicht im Sinne der Patientengesundheit hierfür sprechen.

Als grundsätzliche Methode weisen Lahmann et al. auf das Kommunikationsmodell von Schulz von Thun

Technik/Konzept der Gesprächsführung	Erläuterung	Empfehlenswerte Beispielformulierung zur Technik	Nicht empfehlenswerte Beispielformulierung zur Technik (Erläuterung, warum nicht empfehlenswert)
Narration [21]	Persönliche Empfehlungen, wie man entscheiden würde, und teilen von konkreten Erfahrungen	„Ich würde an Ihrer Stelle den Schutz der Impfung vorziehen. In meiner 15-jährigen Tätigkeit habe ich bislang keinen Impfschaden erlebt.“	„Ich fühle mich auch überfordert mit einer Entscheidung.“ „Ich empfehle es Ihnen, da ich lange Arzt bin und viel Erfahrung habe.“ (unkonkret, unpersönlich)
PatientInnen als Verbündete behandeln [2]	Skepsis wertschätzen und positiv würdigen	„Ich finde es toll, dass Ihnen Ihre Gesundheit wichtig ist und Sie Zeit investiert haben, um Nebenwirkungen zu recherchieren.“	„Sie können vertrauen, dass Nebenwirkungen selten sind.“ (adressiert Skepsis nicht)
Respektvolles, einführendes Erfragen [2, 12]	Wertschätzendes und nicht-konfrontatives Erfragen von Gründen für Impfskepsis	„Würden Sie mir sagen, was genau Ihnen Sorgen macht?“ „Das klingt interessant, was meinen Sie genau damit, dass Impfungen gefährlich sein können?“	„Sie brauchen keine Angst haben. Impfungen sind nicht gefährlich.“ (Emotion wird nicht angesprochen, Gründe für Skepsis nicht erfragt)
Paraphrasieren [13]	Rein inhaltliche Wiederholung des Gesagten, um Gegenüber zu signalisieren, dass es verstanden wurde	„Sie haben also Sorge, dass die Impfung starke Nebenwirkungen verursacht.“	„Impfungen verursachen keine starken Nebenwirkungen.“ (Replik gibt Gegenüber noch nicht das Gefühl, verstanden worden zu sein)
Verbalisierung [13]	Gefühle und Eindrücke ansprechen, von denen man annimmt, dass diese bestehen	„Ich könnte mir vorstellen, dass es Angst macht, wenn man liest, dass diese Impfung Unfruchtbarkeit verursachen soll, oder?“	„Sie haben also Angst, dass die Impfung Unfruchtbarkeit verursacht.“ (keine offene Frage; keine Ich-Botschaft)
Reaktanz [5]	Individuelle Neigung, Autonomie wiederherzustellen, wenn Dritte versuchen, den eigenen Willen zu beeinflussen	„Es ist mir besonders wichtig, dass Sie selbst die Entscheidung treffen und sich nicht gedrängt fühlen. Für diese Entscheidung möchte ich Ihnen gerne die Informationen anbieten.“	„Als Ihre Hausärztin rate ich Ihnen dringend zur Impfung und zwar aus den folgenden Gründen ...“ (direktiv, statt eines Angebots zur Information folgt diese direkt)

Tabelle 1 Erläuterung ausgewählter Techniken/Konzepte der Gesprächsführung mit empfehlenswerten und nicht empfehlenswerten Beispielformulierungen

hin mit der Unterteilung in Sach-, Selbstoffenbarungs-, Beziehungs- und Appellebene, die besonders in der Phase des initialen Zuhörens wertvolle Informationen bei der ärztlichen Gesprächsführung liefern kann [14]. Das Modell erscheint für Gespräche bei Impfskepsis sinnvoll, um zu erfassen, welche Informationen möglicherweise von medizinischem Personal nicht direkt wahrgenommen werden, weil auf einer anderen Ebene kommuniziert wird. So kann die Aussage „Ich brauche keine Impfung, ich gehöre ja nicht zur Risikogruppe“ auf der Sachebene als reine Information gehört werden, auf der Selbstoffenbarungsebene aber auch mitteilen, dass vor allem das eigene Erkrankungsrisiko als relevant, aber als gering beurteilt wird und die Möglichkeit der Übertragung an Dritte eine geringere Rolle zu spielen scheint.

Maurici et al. weisen darauf hin, dass die klientenzentrierte Gesprächsführung nach Rogers eine weitere Methode sein kann, um empathische Kommunikation bei Impfgesprächen

zu erlernen [16]. Eine dreitägige Fortbildung führte zu höheren Empathie-Ratings von medizinischem Personal, erhoben mittels Fragebogen ausgefüllt von Eltern nach Impfung des Kindes. Jedoch bestand bereits vor der Fortbildung bei den Teilnehmenden ein hohes Empathie-Rating, sodass der Zuwachs gering ausfiel. In eine ähnliche Richtung gehen die Ergebnisse einer einmaligen 45-minütigen Schulung von medizinischem Personal zur rhetorischen Strategie „Fragen, Anerkennen, Beraten“ im Rahmen einer randomisierten Studie bei 347 Müttern [10]. Hier zeigte sich nach der Schulung weder ein Effekt auf mütterliche Impfskepsis noch auf die subjektive Sicherheit von medizinischem Personal im Gespräch mit impfskeptischen Eltern.

2. Welche Techniken der ärztlichen Gesprächsführung können grundsätzlich eingesetzt werden?

Zu den Techniken der ärztlichen Gesprächsführung bei Impfskepsis gehö-

ren generelle Konzepte wie Empathie, Umgang mit dem Abwehrmechanismus Reaktanz und eine nicht-wertende Haltung sowie konkrete Interventionen wie Narration und aktives Zuhören. Eine Erläuterung ausgewählter Techniken und Konzepte der ärztlichen Gesprächsführung mit Beispielen ist Tabelle 1 zu entnehmen.

Shen et al. raten grundsätzlich dazu, Ressourcen eher auf impfskeptische Patientinnen und Patienten zu richten, anstatt auf fest entschlossene Menschen, die eine Impfung grundsätzlich verweigern [21]. Die Autoren empfehlen Impfungen nicht als Option, sondern als Standardprävention zu betrachten und dies auch gegenüber Eltern so einzuordnen (z.B. „Heute ist die Auffrischungsimpfung geplant“ anstatt „Möchten Sie heute die Auffrischungsimpfung durchführen lassen?). Impfungen sollten insbesondere bei (werdenden) Eltern frühzeitig angesprochen werden, um Vertrauen aufzubauen. Hierzu zähle auch, Impfnutzen und Nebenwirkungen transparent zu thematisieren. Als eine

wichtige Gesprächstechnik wird Narration benannt, also zum Beispiel Aussagen, wie man als Arzt oder Ärztin persönlich entscheiden würde und welche Erfahrungen mit der Sicherheit von Impfstoffen in der eigenen Praxis bestehen.

Auf den Einfluss von Reaktanz weisen Finkelstein et al. hin. Reaktanz ist die individuell ausgeprägte Neigung, Autonomie wiederherzustellen beim Eindruck, dass andere versuchen, den eigenen Willen zu beeinflussen wie beispielsweise bei einer starken Impfpfählung durch medizinisches Personal [5]. Für diese Gruppe sollte die Kommunikation besonders partizipativ gestaltet werden und die Autonomie des Patienten betonen. Das Gespräch könnte hier Belege für die Wirksamkeit von Impfungen umfassen sowie viel Raum für individuelle Sorgen und Bedenken, auf welche wiederum mit Daten und transparenter Risikokommunikation reagiert werden könnte. Hinweise für eine hohe individuelle Reaktanz bei PatientInnen könnten fehlende Adhärenz in anderen therapeutischen Bereichen sein oder Verschiebung von Impfterminen.

Den Einfluss von Reaktanz stützt Parrish-Sprowl und weist auf die Erkenntnis hin, dass Menschen gegenüber Informationen weniger offen sind, wenn sie sich in einer gefühlten Verteidigungsposition befinden. In einer gefühlten Verteidigungsposition ändert sich aufgrund der Aktivierung der Amygdala die Informationsverarbeitung [18]. Da Impfungen gesamtgesellschaftlich auch aufgrund des Effekts der Gemeinschaftsimmunität positiv bewertet werden, liegt der subjektive Eindruck einer Verteidigungsposition nahe, wenn PatientInnen im ärztlichen Gespräch Skepsis gegenüber Impfungen äußern und hierdurch nicht einen Teil zu einem gemeinschaftlichen Schutz beitragen. Der Autor stellt heraus, dass dieser Einfluss auf das Gespräch wichtig sei, weil Kommunikation deutlich mehr als den Inhalt der Botschaft darstelle. Kommunikation sei vielmehr eine Bandbreite an Interaktionen, in denen jeder Gesprächspartner den Ablauf und das vom Gegenüber Gesagte beeinflusse. Wenn Forschung daher nur untersuche, wie Informationen

über Impfungen auf der inhaltlichen Ebene gestaltet sein sollten, werde möglicherweise Evidenz auf der kommunikativen und interaktionellen Ebene nicht berücksichtigt. Diese Evidenz könnte elementar sein, um Impfskepsis zu adressieren.

Berry et al. haben in Gesprächen mit australischem medizinischem Personal das Ausdrücken von Empathie und die Positionierung als Verbündeter von PatientInnen als zentrales Element einer positiven therapeutischen Beziehung ausgemacht [2]. Auch wenn Skepsis gegenüber Impfungen bestehe, könne inhaltlich zunächst das Positive herausgestellt werden („Sie sind ein toller Vater, ich merke, dass Ihnen die Gesundheit Ihrer Kinder wirklich wichtig ist.“). Die Autoren empfehlen im Gespräch bei Impfskepsis zunächst Zustimmung einzuholen und offene Fragen zu stellen („Würden Sie mir sagen, was genau Ihnen Sorgen macht? „Was würden Sie gerne tun?“). Überzeugungen sollten respektvoll, nicht-konfrontativ hinterfragt werden („Das klingt interessant, was meinen Sie damit genau?“).

Zu ähnlichen Erkenntnissen kommen Edwards et al., die bei der Impfung von Kindern empfehlen, im Gespräch mit Eltern zunächst deren Sorgen anzuerkennen [4]. Dennoch sollten Missverständnisse und falsche Annahmen durch Erläuterung der Datenlage zur Sicherheit von Impfstoffen korrigiert und das gemeinsame Interesse von Eltern und Behandelnden betont werden, die Gesundheit des Kindes zu schützen und zu erhalten. Ebenso wird der Wert persönlicher Aussagen zum eigenen Impfstatus bzw. Impfstatus von Kindern und Enkelkindern als wirksame Intervention eingeschätzt.

Healy et al. betonen die Notwendigkeit, die Schwierigkeit einer Entscheidungsfindung im Gespräch zu bestätigen, zum Beispiel bei Eltern, die eine Impfentscheidung für ihr Kind treffen [9]. Für eine authentische Beziehung sei die Einordnung wichtig, dass keine Impfung 100 % Impfschutz biete oder vollkommen ohne Nebenwirkungen oder Impfreaktionen auskomme. Bei der Risikoabwägung müssten aber seltene Impfreaktionen gegenüber häufigeren

Komplikationen bei der natürlichen Infektion abgewogen werden.

3. Welchen Anteil und welche Reihenfolge sollten sachliche und emotionale Aspekte von Impfskepsis im Gespräch haben?

Volkenandt weist grundsätzlich darauf hin, dass vor jedem Gespräch über fachliche Inhalte zunächst eine emotionale Ebene aufgebaut werden müsse [19]. Wenn Patienten Ängste oder Sorgen haben, müssten zunächst diese adressiert werden, bevor die Kommunikation auf die fachliche Ebene wechsele. Emotional gefärbte Äußerungen von Patientenseite wie beispielsweise Angst sollten nicht beurteilt oder durch fachliche Argumente verneint werden, sondern Anlass sein zuzuhören und zu verstehen. Zwar nähmen sich ÄrztInnen viel Zeit zur Erläuterung von fachlichen und therapeutischen Informationen, diese kämen jedoch nicht an, wenn die Patientin mit Gedanken und Gefühlen wie Angst und Sorge beschäftigt sei. „Der Patient braucht das Gefühl, dass der Arzt ihn gehört und verstanden hat. Das ist die Basis für gelungene Kommunikation über fachliche Fragen. Es gilt die Regel: Immer erst die Emotion, dann die Kognition.“ [19].

Ganz ähnlich beschreibt Kölfen empathische Fragen zu den Gründen von Skepsis, Sorgen oder Angst als sogenannte „Zauberfragen“ [12]. Adaptiert für die Gesprächsführung bei Impfskepsis könnten solche Fragen sein: „Was macht Ihnen Sorge bei dieser Impfung?“ „Wovor genau haben Sie Angst?“ „Was ist für Sie bei dieser Impfung anders als bei der letzten Grippeimpfung?“ (Beispielfragen vom Verfasser formuliert.)

4. Welchen Beitrag kann die Technik des aktiven Zuhörens leisten?

Für das weitere Gespräch eignen sich Gesprächstechniken wie aktives Zuhören. Hierunter wird eine Kombination verschiedener verbaler und nonverbaler Gesprächstechniken verstanden, die zum Ziel hat, die Auffassung des Gegenübers zu verstehen [13]. Zu den verbalen Techniken zählen nachfragen, paraphrasieren, verbalisieren

und zusammenfassen. Die Beispielfragen in Klammern wurden zur Verdeutlichung der Inhalte vom Verfasser formuliert und nicht der Quelle [13] entnommen.

Nachfragen kann sich auf einfache Verständnisfragen beziehen oder die bereits zuvor dargestellten „Zauberfragen“ umfassen, also eine Frage zu den Gründen für Angst, Skepsis oder Sorge. Diese Frage sollte wertfrei und mitfühlend erfolgen und nicht vorwegnehmen, dass aus ärztlicher Sicht kein Grund für Angst oder Sorge bestehe.

Paraphrasieren meint die rein inhaltliche Wiederholung des vom Patienten Gesagten durch die Ärztin, ohne dass neue Informationen transportiert werden. Es signalisiert dem Patienten, dass er verstanden wurde („Sie haben also Sorge, dass die Impfung starke Nebenwirkungen verursacht“ „Sie sind unsicher, ob die Impfung gut für ihr Kind ist.“).

Verbalisierung bedeutet, Gefühle oder Eindrücke des Gegenübers anzusprechen, von denen man annimmt, dass diese bestehen. Da diese Annahmen nicht korrekt sein müssen, sollte dies immer als offene Frage oder Ich-Botschaft formuliert werden und das Gegenüber Gelegenheit haben zu kommunizieren, ob die Annahme zutrifft („Ich könnte mir vorstellen, dass es Angst macht, wenn man liest, dass diese Impfung Unfruchtbarkeit verursachen soll, oder?“).

Im Schritt des Zusammenfassens schließlich, werden die wesentlichen Punkte noch einmal verbalisiert. Dies gibt der Patientin erneut die Möglichkeit zu intervenieren und sichert das gemeinsame Verständnis, es verstärkt auch den Eindruck auf Patientenseite gehört zu werden (z.B.: „Ich fasse noch einmal kurz zusammen. Sie haben von Bekannten gehört, dass die Impfung Unfruchtbarkeit verursachen kann. Dies macht Ihnen Sorge. Sie haben bei ihrer Suche im Internet sehr viele Informationen gefunden, die Sie eher noch weiter verwirrt haben. Jetzt sind Sie in die Praxis gekommen, um diese Fragen zu klären. Wenn ich Sie richtig verstehe, ist das der Hauptgrund, warum Sie unsicher bezüglich der Impfung sind. Andererseits ist Ihnen besonders wichtig, sich und

Ihre Familie vor der Erkrankung zu schützen.“) [13].

Ärztliche Gesprächsführung muss nicht alle diese Techniken des aktiven Zuhörens umfassen oder diese schematisch nacheinander durchführen [13]. Häufig mache der Einsatz dieser Elemente der ärztlichen Gesprächsführung aber den Unterschied zwischen schwieriger und gelungener Kommunikation.

5. Welchen Beitrag kann die Technik des *Motivational Interviewing* leisten?

Zahlreiche der vorgestellten Konzepte der Gesprächsführung sind Bestandteile des *Motivational Interviewing* [17]. Diese Technik zielt darauf, die intrinsische Motivation beim Gegenüber für Veränderung des Verhaltens zu



Prof. Dr. med. Marc Augustin, MHBA, ...

... ist Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie und Professor an der Evangelischen Hochschule Rheinland-Westfalen-Lippe in Bochum. Sein Forschungsinteresse gilt unter anderem dem therapeutischen Drug Monitoring und sozialen Einflussfaktoren auf die medizinische Versorgung.

Foto: www.projekttelf.de

stärken. Dies soll durch partnerschaftliche, respektvolle Gesprächsführung erreicht werden und Erkundung der persönlichen Ambivalenzen, die für und gegen ein Verhalten sprechen. *Motivational Interviewing* sieht mehrere Phasen vor und nutzt bereits vorgestellte Techniken wie offene Fragen, aktives Zuhören und Würdigung bzw. Wertschätzung. Die partnerschaftliche Ebene und Autonomie wird betont, indem Informationen nicht ungefragt angeboten werden, da dies beim Gegenüber zu

Widerstand führen kann. *Motivational Interviewing* eignet sich gut zur Gesprächsführung bei Impfskepsis und kann diese reduzieren [6]. *Motivational Interviewing* wirkt bei Impfskepsis möglicherweise besonders dadurch, dass der Fokus auf die individuellen Sorgen und Bedenken und das Darbieten von hierauf gerichteten Informationen gelegt wird [7]. Ein weiterer Vorteil ist, dass die Methode relativ kurz und durch Fortbildung leicht zu erlernen ist. Eine Einbindung in reguläre Impfgespräche ist hierdurch einfach möglich [7].

Schlussfolgerungen

Grundsätzlich soll die ärztliche Gesprächsführung bei Impfskepsis nicht-wertend und empathisch erfolgen. Ein mitfühlendes Erfragen der individuellen Gründe für Impfskepsis kann eine gemeinsame Basis für den erfolgreichen Einstieg in ein Gespräch etablieren.

Erst wenn die emotional geprägten Phasen des Gesprächs durchlaufen sind, sollten sachliche Informationen gegeben werden, da diese im Gespräch beim Gegenüber erst verarbeitet werden, wenn zuvor Empathie gezeigt wurde.

Die Methode des *Motivational Interviewing* ist eine gut untersuchte Technik, die in zahlreichen Bereichen der Verhaltensänderung wie dem Konsum von Alkohol oder Zigaretten, aber auch bei Impfskepsis, erfolgreich eingesetzt wird. Sie bietet neben dem theoretischen Rahmen konkrete Handlungsschritte, um die Gesprächsführung partnerschaftlich zu gestalten und die intrinsische Veränderungsmotivation beim Gegenüber zu stärken.

In Gesprächsverlauf kann ein Verweis auf objektive Informationen z.B. vom Robert-Koch-Institut oder Paul-Ehrlich-Institut erfolgen. Die Weltgesundheitsorganisation bietet darüber hinaus mit „Vaccine Safety Net“ eine Suchmaschine an, die verifizierte Informationen von vertrauenswürdigen Quellen aus einem Netzwerk von Akteuren der öffentlichen Gesundheitsversorgung sammelt [23].

Interessenkonflikte:

Keine angegeben.

Literatur

1. Bedford H, Attwell K, Danchin M, et al. Vaccine hesitancy, refusal and access barriers: The need for clarity in terminology. *Vaccine* 2018; 36: 6556–6558
2. Berry NJ, Henry A, Danchin M, et al. When parents won't vaccinate their children: a qualitative investigation of Australian primary care providers' experiences. *BMC Ped* 2017; 17:1–10
3. Dubé E, Gagnon D, Vivion M. Best practices for addressing vaccine hesitancy. *Can Commun Dis Rep* 2020; 46: 48–51
4. Edwards KM, Hackell JM, et al. Diseases COI. Countering vaccine hesitancy. *Pediatrics* 2016; 138: 3
5. Finkelstein SR, Boland WA, Vallen B, et al. Psychological reactance impacts ratings of pediatrician vaccine-related communication quality, perceived vaccine safety, and vaccination priority among US parents. *Human Vacc Immunotherap* 2020; 16: 1024–1029
6. Gagneur A, Battista M-C, Boucher FD, et al. Promoting vaccination in maternity wards – motivational interview technique reduces hesitancy and enhances intention to vaccinate, results from a multicentre non-controlled pre-and post-intervention RCT-nested study, Quebec, March 2014 to February 2015. *Eurosurveillance* 2019; 24: 1800641
7. Gagneur A, Gosselin V, Dubé È. Motivational interviewing: A promising tool to address vaccine hesitancy. *Vaccine* 2018; 36: 6553–6555
8. Goldstein S, Macdonald NE, Guirguis S, et al. Health communication and vaccine hesitancy. *Vaccine* 2015; 33: 4212–4214
9. Healy CM, Pickering LK. How to communicate with vaccine-hesitant parents. *Pediatrics* 2011; 127: S127–S133
10. Henrikson NB, Opel DJ, Grothaus L, et al. Physician communication training and parental vaccine hesitancy: a randomized trial. *Pediatrics* 2015; 136: 70–79
11. Jacobson RM, Van Etta L, Bahta L. The CASE approach: guidance for talking to vaccine-hesitant parents. *Minn Med* 2013; 96: 49–50
12. Kölfen W. *Ärztliche Gespräche, die wirken: erfolgreiche Kommunikation in der Kinder- und Jugendmedizin.* Springer-Verlag, 2018
13. Kölfen W. Mit Empathie und aktivem Zuhören Türen öffnen. *Pädiatrie* 2015; 27: 53–55
14. Lahmann C, Dinkel A. *Ärztliche Gesprächsführung - eine hohe Kunst.* MMW Fortschr Med 2014; 156: 85–90
15. Larson H. *Stuck: How vaccine rumors start – and why they don't go away.* Oxford University Press, New York, NY, 2020
16. Maurici M, Arigliani M, Dugo V, et al. Empathy in vaccination counselling: A survey on the impact of a three-day residential course. *Human Vacc Immunotherap* 2019; 15: 631–636
17. Miller WR, Rollnick S. *Motivierende Gesprächsführung: Motivational Interviewing: 3. Auflage des Standardwerks in Deutsch.* Lambertus-Verlag, 2015
18. Parrish-Sprowl J. Vaccine hesitancy communication: What counts as evidence. *Vaccine* 2018; 36: 6529–6530
19. Schumacher H. Interview Matthias Volkenandt „Patient-Arzt-Kommunikation: Aufforderung zum ‚empathischen Tanz‘ “. *Rhein Ärztebl* 2015; 24–25
20. Shay LA, Baldwin AS, Betts , et al. Parent-provider communication of HPV vaccine hesitancy. *Pediatrics* 2018; 141
21. Shen SC, Dubey V. Addressing vaccine hesitancy: Clinical guidance for primary care physicians working with parents. *Canad Fam Phys* 2019; 65: 175–181
22. WHO. Managing the COVID-19 infodemic, www.who.int/news/item/23-09-2020-managing-the-covid-19-infodemic-promoting-healthy-behaviours-and-mitigating-the-harm-from-misinformation-and-disinformation (letzter Zugriff am 7.10.2021)
23. WHO. Vaccine Safety Net, www.vaccinesafetynet.org/ (letzter Zugriff am 7.10.2021)

Korrespondenzadresse

Prof. Dr. med. Marc Augustin
 Evangelische Hochschule
 Rheinland-Westfalen-Lippe
 Immanuel-Kant-Str. 18–20
 44803 Bochum
marc.augustin@evh-bochum.de



DEGAM im Netz

www.degam.de
www.degam-leitlinien.de
www.degam-patienteninfo.de
www.tag-der-allgemeinmedizin.de
www.degam-kongress.de
www.online-zfa.de
www.degam-famulaturboerse.de