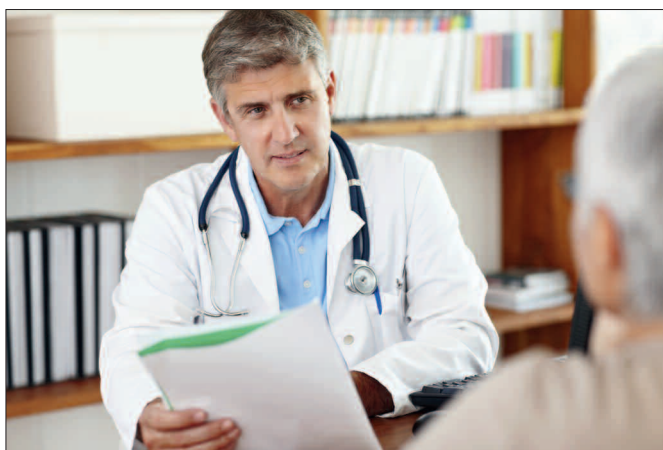


**Thema:** Im Laufe seines Berufslebens führt ein Arzt mehrere hunderttausend Gespräche mit Patienten. Sie gehören damit zu den wichtigsten Werkzeugen von Ärztinnen und Ärzten. Doch die Interaktion zwischen Arzt und Patient gestaltet sich oft schwieriger als gedacht: Viele Patienten fühlen sich von ihrem Doktor nicht ernst genommen oder nur unzureichend an der Therapieentscheidung beteiligt. Auf der anderen Seite beklagen sich Ärztinnen und Ärzte über mangelnde Therapietreue ihrer Patienten oder darüber, dass Diagnosen in Zweifel gezogen werden. Dabei lassen sich viele Hürden mit der richtigen Gesprächstechnik überwinden.

von **Bülent Erdogan-Griese**

## „Was führt Sie zu mir?“ – Ärztliche Kommunikation in Klinik und Praxis



Grund seines Besuches zu schildern. Ob diese Zahl auch für deutsche Arztpraxen zutrifft oder es doch 25, 30 oder 45 Sekunden sind, ist unklar, doch schärft die Aussage des Gründungsvaters der International Physicians for the Prevention of Nuclear War (IPPNW) den Sinn für das vielleicht wichtigste Instrument, das Ärztinnen und Ärzten besitzen: das Gespräch mit ihren Patienten.

### Offenheit als Schlüssel

Menschen treten zu mehr als der Hälfte über non-verbales Verhalten (Mimik, Körpersprache, Blicke, Gesten) miteinander in Verbindung, etwa 40 Prozent umfassen vokale Signale wie Stimme, Lautstärke, Tonfall, Sprechgeschwindigkeit oder Pausen beim Reden, weniger als zehn Prozent der Wirkung entfällt auf die einzelnen Worte. Und doch können selbst wenige Worte, ob im Positiven oder im Negativen, eine unbändige Wucht entfalten, so wie es 1989 Genschers Worte in Prag vermochten. Studien zufolge lassen sich jedenfalls durch eine „gute“ Anamnese bis zu 70 und durch die anschließende körperliche Untersuchung bis zu 90 Prozent der Diagnosen richtig stellen.

Wie sich die Interaktion für Patient und Arzt gleichermaßen nutzbringend einsetzen lässt, damit beschäftigt sich an der Kölner Universitätsklinik Privatdozent Dr. Christian Albus, Leiter der Klinik und Poliklinik für Psychosomatik und Psychotherapie. Schlüssel für eine fruchtbare Arzt-Patienten-Beziehung, so Albus, ist zunächst Offenheit für die „subjektive Krankheitstheorie“ des Patienten. „Wenn ich als Arzt nicht weiß, wie der Patient seine Krankheit erlebt und sich selbst und seiner Umwelt erklärt, dann weiß ich auch nicht, wie ich an dieses Erleben mit meinen Kenntnissen andocken kann“, sagt der Mediziner im Gespräch mit dem *Rheinischen Ärzteblatt*. Neben der Beobachtung des Patienten ist das Stellen offener Fragen, gerade in der Anfangsphase, eines der wichtigsten kommunikativen Hilfsmittel: „Was führt Sie heute zu mir?“, lautet denn auch eine der Fragen, mit denen Albus seine Patienten auffordert, ihr Anliegen zu schildern, ohne gleich auf den Sekundenzeiger zu schauen.

**P**rag, 30. September 1989, 18,58 Uhr: Es sind vielleicht zehn oder zwölf Sekunden, die deutsche Geschichte schreiben. Vierzehn Worte nur wird Außenminister Hans-Dietrich Genscher, der erst vor wenigen Wochen einen Herzinfarkt erlitten und gerade einen Interkontinentalflug von den Vereinten Nationen in New York hinter sich gebracht hat, benötigen, um unten im Park der Deutschen Botschaft einen Orkan der Erleichterung zu entfachen: „Liebe Landsleute, wir sind zu Ihnen gekommen“, beginnt Genscher auf dem Botschaftsbalkon das wohl kürzeste Eingangsstatement seiner Politikerlaufbahn, „um Ihnen mitzuteilen“, Pause, „dass heute“, erneute Pause, dann die alles entscheidenden Worte „Ihre Ausreise...“. Der Rest des Satzes geht unter im Jubel der inzwischen über 4.000 DDR-Bürger, die in den vergangenen Tagen in die Botschaft geflüchtet sind und in der Parkanlage kampiert haben, um ihre Ausreise in die „BRD“ zu erzwingen. Per Transitzug fahren die Menschen in den folgenden Nachtstunden in die Freiheit.

Vielleicht hätte Genscher, hätte er auch die folgenden Worte seines Statements noch wahrnehmbar aussprechen können („... in die Bundesrepublik Deutschland bevorsteht.“), jene 18 Sekunden gebraucht, die ein Patient laut dem amerikanischen Kardiologen Bernard Lown beim ersten Kontakt mit seinem Arzt durchschnittlich Zeit hat, ohne Unterbrechung den

Eine in Israel erhobene Studie aus dem Jahr 2003, publiziert im *British Medical Journal* (Vol. 328, Februar 2004, Seite 501f), stützt diese Haltung. Die Studie konnte zeigen, dass Patienten in der hausärztlichen Versorgung die Schilderung ihres Anliegens durchschnittlich in weniger als 30 Sekunden von sich aus beendeten, wenn sie nicht unterbrochen wurden. Weiteres Ergebnis: Die Gesamtdauer der Konsultation sank.

## Fortschritte in der Didaktik

In den vergangenen Jahren hat die Medizindidaktik auch in Deutschland große Fortschritte gemacht. Vorbild sind Reformstudiengänge in Kanada, den USA und den Niederlanden. Leitmotiv für die Ausbildung der Kölner Studenten ist eine „integrierte, biopsychosoziale Medizin, die gleichwertig die körperlichen, psychischen und sozialen Probleme der Patienten“ in den Blick nimmt. Als Gliederung für das Patientengespräch schlagen Albus und Kollegen sechs Schritte vor, die auf einem Leporello großen Platz finden:

- *Beziehung aufbauen,*
- *Anliegen anhören,*
- *Emotionen zulassen,*
- *Details explorieren,*
- *Vorgeben abstimmen,*
- *Resümee ziehen.*

Geübt wird in der Domstadt unter anderem mit Schauspielpatienten. So sollen die Studenten lernen, Blickkontakt aufzunehmen, Nähe oder Distanz zum Patienten zu dosieren, dessen Körperhaltung zu beachten, Gesprächsziele und Zeitrahmen mitzuteilen. Die freie Themenentfaltung, das Tolerieren von Sprechpausen, das Stellen offener Fragen sowie das aktive Zuhören, das Anerkennen emotionaler Belastungen und Bewältigungsstrategien sind weitere Inhalte der über das gesamte Studium verteilten Kurse. Schließlich sollen die Studenten einüben, die Dimension der Beschwerden abzustecken, schwierige Themen wie Sexualität oder Sucht anzusprechen, die Erwartungen des Patienten an die Therapie und an den Charakter der Arzt-Patienten-Beziehung zu erfragen sowie das Gespräch zusammenzufassen.

## Wissensbedarf erkunden

Auch die Mitteilung (schwerwiegender) Diagnose wird in Köln in sechs Abschnitte gegliedert:

- *Gespräch vorbereiten,*
- *Vorwissen klären,*
- *Wissensbedarf erkunden,*
- *Wissen vermitteln,*
- *Emotionen aufnehmen,*
- *Vorgeben vereinbaren.*

Unter dem Aspekt „Wissensbedarf erkunden“, lernen die Studenten dabei auch, folgende Frage zu stellen: „Es gibt Patienten, die wollen alles wissen, ande-

re jedoch nicht. Zu welcher Gruppe gehören Sie eher?“

Für Albus sind die Kurse, die die Uni ihren Studenten anbietet, auch als Antwort auf das sich verändernde Verhältnis zwischen Ärzten und Patienten zu verstehen, weg von einem paternalistischen, hin zu einem gemeinschaftlichen Behandlungsmodell. „Patienten erwarten von ihrem Arzt eine hilfreiche Beziehung und nehmen vorgeschlagene Therapien in der Regel auch an. Sie wollen aber aufgeklärt und in die Therapieentscheidung eingebunden werden, um die Behandlung auch in der vorgeschlagenen Art anzugehen.“

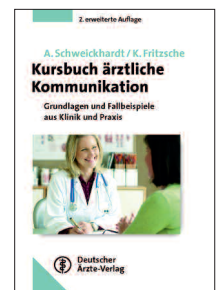
Diese patientenzentrierte Perspektive ist auch Lehrinhalt des Projekts „CoMeD“ ([www.comed-duesseldorf.de](http://www.comed-duesseldorf.de)) an der Heinrich-Heine-Universität in Düsseldorf. Auf die Beine gestellt haben es das Studiendekanat, die Abteilung Allgemeinmedizin und das Klinische Institut für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie. Einer der Ärzte, der sein Wissen an die Mediziner von morgen weitergibt, ist Oberarzt André Karger, Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Psychiatrie. Wie in Köln kommen auch in der Landeshauptstadt Schauspielpatienten zum Einsatz.

## Emotionen zulassen

„Gerade am Anfang des Gesprächs sollte der Arzt dem Patienten genügend Zeit und Raum geben, sein Anliegen zu entwickeln“, unterstützt Karger den Ansatz seines Kölner Kollegen Albus. „Patienten brauchen etwa drei, vier Äußerungen, um auf den Punkt zu kommen“, sagt Karger. Den Patienten in dieser Initialphase gleich zu unterbrechen sei in vielen Fällen kontraproduktiv, zumal wenn zu früh, zum Beispiel durch geschlossene Fragen („Tut es hier weh? Oder hier?“), auf einzelne Organe oder Körperteile oder auf die Sachebene fokussiert wird. „Kommunikation muss wie andere ärztliche Fertigkeiten erlernt werden. Sie ist auch eine Frage ärztlicher Haltung. Erfahrung allein reicht nicht aus“, sagt Karger.

Besonders bei Patienten, denen Ärzte eine einschneidende Diagnose mitteilen müssen, kommt es laut Karger darauf an, sich bis zu einem gewissen Grad auf die Gefühle der Patienten, zum Beispiel Angst, Scham, Ekel, Hoffnungslosigkeit oder Verzweiflung, einzulassen. Gleichzeitig gilt es, den Patienten auch in dieser schwierigen Situation Perspektiven aufzuzeigen und Hoffnung zu vermitteln, für das, was bleibt. „Hierbei die Balance zu finden, ist aber in der Tat schwierig“, räumt Karger ein. Ein Ziel der Trainings ist es daher, die Studenten dazu zu befähigen, eigene Emotionen bewusster wahrzunehmen, um diese ein Stück weit auch steuern zu können. Hilfreich ist zu wissen, dass viele Patienten mit einer einschneidenden Diagnose „besser“ umgehen als vermutet. Allerdings warnt Karger vor der Vorstellung, durch professionelle Gesprächsführung

## Buchhinweis:



Axel Schweickhardt, Kurt Fritzsche: Kursbuch ärztliche Kommunikation. Grundlagen und Fallbeispiele aus Klinik und Praxis, 2. erweiterte Auflage 2009, Deutscher Ärzte-Verlag, Köln.



*Das Gespräch über eine schwerwiegende Diagnose bleibt immer schwierig. Viele Patienten sind im ersten Moment emotional überfordert und nehmen die Ausführungen ihres Arztes dann nicht mehr wahr.*

*Foto: istockphoto.com/Abel Mitja Varela*

unangenehme oder belastende Situationen vermeiden zu können: „Die Gespräche werden, auch wenn man kommunikative Techniken beherrscht, nicht leichter.“

## Patientenkompetenz ermitteln

Dass die Interaktion zwischen Arzt und Patient ein hochkomplexes Feld ist, zeigen in geradezu filigraner Art der Psychologe Axel Schweickhardt und der Internist und Psychosomatiker Professor Kurt Fritzsche von der Uniklinik Freiburg in ihrem empfehlenswerten „Kursbuch ärztliche Kommunikation“ (*Deutscher Ärzte-Verlag*) auf. Auf annähernd 300 Seiten erarbeiten sie anhand einer großen Bandbreite unterschiedlichster Patientenbeispiele die vielfältigen Gesprächstechniken und -strategien, die Ärztinnen und Ärzten zur Verfügung stehen – etwa bei der Erhebung möglicher Probleme bei der Umsetzung von Therapien.

Sogenannte Compliance-Probleme sind laut Fritzsche dabei kein Thema allein der Patienten. „Viele Patienten erwarten von ihrem Arzt Besserung ihrer Symptomatik, die Bedeutung der eigenen Verantwortung ist hingegen oft unterentwickelt“, sagt er im Gespräch mit dem *Rheinischen Ärzteblatt*. „Auf der anderen Seite überschätzen viele Ärzte die Rolle des Patienten für seine Gesundheit, während der Einfluss von Werthaltungen, Ängsten und Befürchtungen, Überzeugungen und Glaubenshaltungen unterschätzt wird.“ Eine gemeinsame Behandlungsplanung soll diese blinden Flecken beider Akteure erhehlen. So kann der Arzt mit der Frage: „Könnte es irgendwelche Probleme geben, die Sie an der Einnahme der Antibiotika hindern?“ schon im Vorfeld abklären, ob es während der Therapiedauer Ereignisse geben könnten, die einen Therapieabbruch mit sich bringen könnten (zum Beispiel die Betriebsfeier, auf der Alkohol getrunken wird). „Viele Menschen setzen

ihr Antibiotikum dann ab, weil sie unsicher sind, ob beides zusammengeht“, sagt Fritzsche. „Weiß der Arzt von dem Termin, kann er darauf hinweisen, dass es prinzipiell dennoch möglich ist, das Medikament weiter einzunehmen.“

Entscheidend für die Compliance eines Patienten, so Fritzsche, sei dessen Einsicht. Eigenverantwortlichkeit führe dabei weiter als ängstigende Szenarien. „Auch der Versuch, den Patienten zu überreden, ist nicht erfolgversprechend.“ Im Gespräch sollte der Arzt daher eine neutrale Position einnehmen. „Gerade bei risikohaften Lebensgewohnheiten fühlen sich Patienten schnell peinlich berührt. Werden solche Themen aber wie selbstverständlich behandelt, so werden sie in der Regel auch gut aufgenommen.“

## Der Nicht-Suizid-Vertrag

Zu einer besonderen Patientengruppe gehören Menschen, die Suizidgedanken hegen. Eine Möglichkeit, absprachefähige Patienten – nach einem ärztlich-therapeutischen Gespräch – von einem Suizidversuch abzuhalten, ist der Nicht-Suizid-Vertrag. Fritzsche und Schweickhardt schlagen folgendes Formulierungsbeispiel vor: „Ich möchte Sie bitten, mir zunächst mündlich und dann schriftlich zu versichern, dass Sie sich nichts antun. Ich möchte Sie bitten, folgende Sätze laut zu sagen und mich dabei anzuschauen: Ich versichere, dass ich mich weder absichtlich noch durch Fahrlässigkeit töten werde, egal was passiert und gleich, wie ich mich fühle. Wenn ich Gedanken an den Tod habe, werde ich mich an die Notfallambulanz der psychiatrischen Klinik wenden. Ich verpflichte mich, dies bis morgen früh 8 Uhr einzuhalten.“

Im Falle von unerträglichen Suizidgedanken soll zudem ein Notfallplan Alternativen aufzeigen: „Bei unerträglichen inneren Spannungen und Selbsttötungsgedanken wende ich mich an:

- *meine Freundin/meinen Freund*
- *meinen Hausarzt*
- *meinen Psychotherapeuten*
- *an die Notfallambulanz der psychiatrischen Klinik*
- *an die Telefonseelsorge.*

Ich entlaste mich, indem ich meinem Gesprächspartner mitteile, dass ich mich in einem unerträglichen Zustand befinde und Gedanken habe, mir das Leben zu nehmen“, schlagen Fritzsche und Schweickhardt als Formulierung vor.

Gelingt es nicht, Kontakt zum Patienten herzustellen oder bleiben zu viele Fragen offen, um eine unmittelbare Selbstgefährdung des Patienten ausschließen zu können, ist eine Klinikeinweisung unumgänglich – auch gegen den Willen des Patienten. „Wann immer mir als Arzt die Idee kommt, dass der Patient an Selbstmord denken könnte, muss ich ihn danach fragen“, macht Fritzsche deutlich, wie gefährlich Sprachlosigkeit, also unterlassene Kommunikation, im Zweifel sein kann. „Es ist ein Irrtum zu glau-

ben, dass die Frage den Patienten erst auf den Gedanken bringen könnte.“ Auf der anderen Seite kann auch Trost („Denken Sie doch daran, wie schön das Leben sein kann...“) die gegenteilige Wirkung haben: „Auch eine gut gemeinte Ermutigung wird von einem verzweifelten Menschen als Verspottung empfunden“, mahnt Fritzsche. Depressive Menschen reagierten vertrauensvoll und dankbar, wenn sie das Bemühen ihres Arztes um empathisches Verstehen spürten. Dabei komme es darauf an, sich nicht von der Panik des Patienten anstecken zu lassen, um handlungsfähig zu bleiben.

Hans-Dietrich Genschers Satz auf dem Balkon der Prager Botschaft, der auch auf der Videoplattform Youtube.de nachzusehen ist (Sucheingabe: „Genscher“ und „Prag“), hat Eingang in die kollektive Erinnerung der Deutschen gefunden. Allein die Tatsache, dass der Außenminister zu ihnen sprechen würde, hatte in den bis dato verzweifelten Flüchtlingen zum ersten Mal nach Tagen und Wochen eine

Hoffnung aufkeimen lassen, die, auch ohne dass der Mann mit dem gelben Pullover seinen Satz überhaupt zu Ende sprechen konnte, nur eine einzige Annahme zulassen konnte: die Freiheit ist nah. Nur so konnte aus dem kleinen Wort „Ausreise“ ein Funken werden, der die Sehnsüchte der Menschen auf dem Areal in Sekundenbruchteile entfachte. Dass die Leute Genscher oben auf dem Balkon kaum ausmachen konnten, geschweige denn Mimik oder Gesten wahrnehmen, war unerheblich, so bedeutend war der Besuch selbst.

Aber auch diese Szene deutscher Geschichte ist exemplarisch für die Komplexität menschlicher Interaktion – kurze Zeit nach seinem historischen Satz musste Genscher die Zufluchtsuchenden überzeugen, von dieser Freiheit auch Gebrauch zu machen: Denn um in die Freiheit zu gelangen, mussten die Menschen ein letztes Mal in die alte Heimat zurückkehren. Die Züge, so die Bedingung aus Ost-Berlin, mussten durch die DDR in den Westen rollen.

### „Patienten geraten durch das Wort ‚Krebs‘ häufig in eine Schockstarre“

Dr. Sabine Zimmerling ist Ärztin am interdisziplinären Brustzentrum der Universitätsklinik Düsseldorf und unterstützt Kollegen bei der Mitteilung der einschneidenden Diagnose Mamma-Karzinom. Zimmerling bietet ihren Kollegen Kurse im Überbringen einschneidender Diagnosen an.

**RhÄ:** Frau Zimmerling, für die meisten Frauen löst allein die Vorstellung an die Diagnose Mamma-Karzinom Urängste aus. Wie bereiten Sie sich mit ihrem Kollegen auf die Mitteilung der Diagnose vor?

**Zimmerling:** Zunächst klären wir ab, ob alle Befunde vorliegen und plausibel sind. Gemeinsam tragen wir dann zusammen, was wir bereits über die Patientin wissen: Ist der Tod aus religiösen Gründen etwa ein Tabuthema? Hat die Patientin in der Familie bereits Erfahrung mit der Krebserkrankung eines Angehörigen gemacht? Möchte Sie in Begleitung eines Angehörigen zum Termin kommen? Hat die Patientin die notwendigen Sprachkenntnisse? Nichtsdestotrotz bleibt das Gespräch über eine schwerwiegende Diagnose immer schwierig.

**RhÄ:** Gibt es typische Situationen?

**Zimmerling:** Häufig geraten Patientinnen nach dem Mitteilen der Diagnose „Krebs“ in eine Schockstarre, in der sie dann nur noch wenige Informationen aufnehmen und kognitiv verarbeiten können. Viele Kollegen kennen diese Situation und fühlen sich dann unter Druck, möglichst viel zu erklären.

**RhÄ:** Was dann?

**Zimmerling:** Wichtig ist, dass man dann nicht auf die Sachebene ausweicht und Therapieoptionen herunterrasselt oder das Gespräch von sich aus abrupt abbricht, sondern zum Beispiel Fragen stellt wie: Was würde Ihnen jetzt gut tun? Haben Sie Fragen? Soll ich Ihnen etwas über die Möglichkeiten zur Behandlung erzählen? In jedem Fall laden wir die Patientin zu einem Folgetermin ein.



**Dr. Sabine Zimmerling,** Ärztin am interdisziplinären Brustzentrum der Universitätsklinik Düsseldorf.  
Foto: privat

**RhÄ:** Wie sehr muss man sich als Ärztin oder Arzt auf die Situation und Gefühle der Patientin einlassen?

**Zimmerling:** Das ist eine ganz schwierige Frage. Ich persönlich gehe schon intensiv auf die Patientinnen ein. Es gibt aber durchaus Kollegen, die eine etwas größere Distanz aufrechterhalten und damit besser zurechtkommen. Es gibt auch Patientinnen, die es lieber haben, wenn ihr Arzt etwas kühler ist. In der Vorbereitung auf den Termin schauen wir daher auch, ob die Patientin eine fürsorgliche Arztbeziehung sucht oder eher rational ausgerichtet ist. Im Gespräch erleben wir aber immer wieder Überraschungen.

**RhÄ:** Welche?

**Zimmerling:** Es gibt Patienten, die trotz schlechter Prognose erstaunlich gefasst sind. Bei anderen kommt es trotz guter Prognose zur Eskalation, weil zum Beispiel noch Lymphknoten entfernt werden sollen.

**RhÄ:** Mit wem reden Sie, wenn Ihr Akku mal leer ist?

**Zimmerling:** Zweimal wöchentlich können wir eine Supervision in Anspruch nehmen. Ich empfinde das als sehr hilfreich. Manchmal spreche ich auch mit meinem Mann über emotional intensive Patientenkontakte. In der Regel nehme ich meine „Fälle“ aber nicht mit nach Hause.