



## **Medizinisch Profi, kommunikativ Amateur**

**Ärzte sind auch nur Menschen – zumindest was die Kommunikation von Mensch zu Mensch angeht. Zum Glück haben sich viele Mediziner vom „Halbgott in Weiß“ verabschiedet, der von seinen Patienten absolutes Vertrauen in vorgeschlagene Diagnostik- und Therapiemaßnahmen erwartet. Zumindest gedanklich akzeptieren Mediziner heute das Prinzip der „shared decision“: Gemeinsam mit dem Patienten sollen Entscheidungen über notwendige Untersuchungen oder für die richtige Behandlung getroffen werden. Dadurch verändert sich die ärztliche Rolle vom Verordner zum Berater.**

Eine „geteilte Entscheidung“ setzt aber einen vergleichbaren Informationsstand voraus. Nur dann, wenn Betroffene verstehen, welche Chancen und auch Risiken etwa eine Chemotherapie oder eine bestimmte Operation mit sich bringt, können sie eine selbstbestimmte Entscheidung treffen und die Therapie aktiv unterstützen. Daher wird es für den Arzt immer entscheidender, neben dem medizinischen Fachwissen das kommunikative Handwerkszeug zu beherrschen. Zahlreiche Studien haben zwischenzeitlich belegt: Je mehr der Arzt auf seinen Patienten eingeht, sich in sein Gegenüber hineinversetzt und es zu einem echten Dialog kommt, desto besser ist der Therapieerfolg. Patienten halten sich genauer an Medikamentenverordnungen, Krankenhausaufenthalte lassen sich vermeiden und auch Empfehlungen zur Verhaltensänderung werden häufiger akzeptiert.

Während ihres Berufslebens führen Ärztinnen und Ärzte nach Angaben des Gesundheitsmonitors der Bertelsmann-Stiftung zwischen 150.000 und 200.000 Patientengespräche. Eigentlich sollten sie also kommunikativ fit und routiniert sein. Doch häufig ist das Gegenteil der Fall – zumindest dann, wenn man den Ergebnissen von Patientenbefragungen Glauben schenken darf. Denn immer wieder bemängeln Patienten – wie jüngst in einer bundesweiten Befragung der DAK mit mehr als 20.000 Teilnehmern -, dass sich Ärzte zu wenig Zeit für das Gespräch nehmen und nur unzureichend informieren.

### **Die zielorientierte Gesprächsführung**

Befragt man die Mediziner selbst, so betonen auch sie, wie wichtig das Arzt-Patienten-Gespräch sei. Ärzte bewerten es allerdings vor allem dann als gut, wenn es ihnen gelingt, den Patienten in kürzerer Zeit von einer bestimmten Diagnostik- und Therapiemaßnahme zu überzeugen. Deshalb wollen sie in Kommunikationstrainings vor allem eine „zielorientierte Gesprächsführung“ erlernen. Denn der Klinik- und Praxisalltag ist geprägt von Zeitdruck und Hektik; da bleibt kaum Zeit für ausführliche Erklärungen und persönliche Gespräche.



„Wie Ärzte ihre Patienten überzeugen“ heißt die prämierte Magister-Arbeit von Tim Peters, der eindrucksvoll herausarbeitet, wie sich Ärzte eines sachorientierten, aber nicht eines partnerschaftlichen Gesprächsstils bedienen. Die Redeanteile von Arzt- und Patient sind unterschiedlich verteilt: der Arzt spricht und bestimmt somit die Themen des Gesprächs, der Patient hört zu. Versucht etwa eine Patientin eine Frage zu stellen – etwa, ob es zur Operation eine Alternative gibt –, wird sie ärztlicherseits oft unterbrochen. Mit bestimmter, lauter werdender Stimme und durch Einsatz von für die Patientin unverständlichen Fachbegriffen, Abkürzungen oder Erläuterungen von Wirkstoffkombinationen versucht der Arzt, die von ihm favorisierte Therapie durchzusetzen. Bei dieser Art der Gesprächsführung fühlen sich viele Patienten zu Recht unter Druck gesetzt – vor allem dann, wenn es um lebensbedrohliche Erkrankungen geht. Gerade Krebspatienten erleben die ärztliche Unfähigkeit, zu kommunizieren und Empathie zu zeigen, häufig schon beim Übermitteln der Diagnose.

So berichtet eine 43jährige Brustkrebspatientin: „Nachdem die Radiologin die Mammographiebilder angesehen und den Ultraschall ausgewertet hatte, teilte sie mir lapidar mit: „Ich bin zu 95 Prozent sicher, dass Sie Brustkrebs haben. Aber Sie müssen sich nicht beunruhigen. Sie gehen jetzt erst noch zur Stanze und nach der OP ist wahrscheinlich noch eine Strahlenbehandlung nötig. Ist aber alles halb so wild“. Dann folgte noch eine detaillierte Schilderung der weiteren Untersuchungen. Dass bei mir gerade eine Welt zusammenbrach, hat die Ärztin gar nicht bemerkt“.

### **Angst vor Gefühlen der Patienten**

Dass Mediziner oft mit „Überinformation“ und Aktionismus auf Gefühlsregungen von Patienten reagieren und sich davor fürchten, über die Ängste und Sorgen zu sprechen, untermauern auch die Ergebnisse einer amerikanischen Studie von Kathryn Pollak, die im Dezember 2007 im Journal of Clinical Oncology veröffentlicht wurde (Oncologist Communication about emotion during visits with patients with advanced cancer, JCO, Vol. 25, No.36). Gerade Onkologen haben demnach große Probleme, sich auf die besondere emotionale Situation von zum Teil unheilbar erkrankten Menschen einzustellen.

Im Rahmen der Studie wurden 400 Gespräche analysiert. In jedem dritten äußerten Patienten ihre Sorgen und Ängste und forderten den Arzt sogar zu einer Stellungnahme auf. Das erstaunliche Ergebnis: Nur bei jedem fünften dieser Gespräche ging der Arzt Ängste und forderten den Arzt sogar zu einer Stellungnahme auf. Das erstaunliche Ergebnis: Nur bei jedem fünften dieser Gespräche ging der Arzt auf die Situation des Patienten ein.



Mediziner haben häufig Angst vor dem Mitgefühl, weil sie das Zulassen von Gefühl für unvereinbar mit der ärztlichen Professionalität halten und fürchten, dass die notwendige Distanz zum Patienten dadurch verloren geht. Deshalb bauen sie einen Schutzschild aus Sachlichkeit um sich herum, statt dem natürlichen Impuls der Anteilnahme zu folgen.

Dieser Panzer hat jedoch eine doppelseitige Wirkung, wie eine Ärztin berichtet, die vor einigen Jahren selbst an Brustkrebs erkrankte und von ihrer besten Freundin – ebenfalls Ärztin – behandelt wurde. „Ich konnte die Professionalität meiner Freundin nicht ertragen, die mir beim Anhängen der Chemotherapie versicherte, ich müsste mir nur vorstellen, dass das rote Gift gut für mich wäre. Das wollte ich mir aber nicht vorstellen, zumal mein Körper mir etwas ganz anderes sagte. Als ich versuchte, von meiner Angst zu sprechen, blockte die „Ärztin in meiner Freundin“ immer gleich ab. Ich fühlte mich allein gelassen und wurde zunehmend wütend, weil ich mich in meinen ureigensten Bedürfnissen nicht ernst genommen fühlte. Dabei hatte meine Freundin wahrscheinlich genauso viel Angst wie ich.“

### Das ELSE-Modell

Erst die eigene Patienten-Erfahrung bewegt manche Mediziner zum Umdenken. So auch den Psychiater David Servan-Schreiber, der vor einigen Jahren an einem Hirntumor erkrankte und Kolleginnen und Kollegen seither den Rat gibt, sich auf die Gefühle der Patienten im Gespräch einzulassen. Dafür entwickelte er das sogenannte ELSE-Modell. Die wichtigste Frage an den Patienten ist zunächst die nach der Emotion (**E**): Was hast du dabei empfunden? Es sollte dann die Aufforderung folgen: (**L**) Lass mich das Schwierigste wissen – weil diese an das Zentrum des Schmerzes oder der Angst führt. Als dritte Frage empfiehlt Servan-Schreiber die nach den eigenen Ressourcen des Patienten: Was hilft dir am meisten dabei (**S**) standzuhalten – also die Situation auszuhalten und nicht sofort die Frage nach dem: Was kann man tun? Am Ende des Gesprächs sollte dann die Empathie (**E**) stehen; das bedeutet: Der Arzt sollte ausdrücken, was er beim Zuhören empfunden hat, damit der Patient spürt, das er nicht allein ist und der Arzt zumindest für eine kurze Zeit seinen Schmerz mit ihm geteilt hat.

Mit einer Kommunikation nach dem ELSE-Modell wäre vermutlich auch die Freundschaft der beiden Ärztinnen zu retten und sogar zu vertiefen gewesen, die aber an der Sprachlosigkeit von beiden letztendlich scheiterte. Denn wäre die behandelnde Ärztin der erkrankten Ärztin menschlich statt sachlich begegnet, so hätte sie nach Servan-Schreibers Überzeugung nicht nur der Patientin, sondern auch sich selbst geholfen. Ein gelungener zwischenmenschlicher Austausch. „heilt nicht schlagartig, aber unser emotionales Gehirn entwickelt sich dabei, es gewinnt Vertrauen in unsere Fähigkeit, mit anderen in Kontakt zu treten und von ihnen reguliert zu werden, wie man es braucht. Und dieses Vertrauen schützt uns vor Angst und Depression“, schreibt er in seinem Buch „Die neue Medizin der Emotion“.



Es wäre wohl viel damit gewonnen, wenn Ärzte diese Form von Menschlichkeit in der Arzt-Patienten-Kommunikation zuließen. Hierzu sind weniger zeitaufwändige Kommunikationstrainings und professionelle Gesprächsstrategien gefragt, sondern vielmehr eine Rückbesinnung auf die Werte, die für ein menschliches Miteinander wichtig und für ärztliches Handeln unverzichtbar sind: Offenheit, Wahrhaftigkeit, echtes Mitgefühl und Engagement für den Patienten.

*Unsere Autorin: Annette Kruse-Keirath  
Unternehmensberaterin für Heilberufe  
lburgweg 8, 48429 Rheine  
Telefon: 05971-85972  
E-Mail: kruse-keirath-consulting@t-online.de*