

# Die ärztliche Konsultation

JOZIE M. BENSING und WOLF LANGEWITZ

1	Einführung	415	4	Patientenbedürfnisse in der Konsultation	421
1.1	Kommunikation: Ein unterschätztes Werkzeug in der Medizin	415	5	Zielorientierte Kommunikationsstrategien	421
2	Veränderung in der Arzt-Patient-Beziehung	417	5.1	Aufbau einer Arbeitsbeziehung	422
2.1	Veränderungen der Morbidität	417	5.2	Das Offenlegen der Agenda des Patienten	422
2.2	Veränderungen im Machtgefälle	418	5.3	Gemeinsame Entscheidungsfindung	422
2.3	Der einfachere Zugang zu medizinischen Informationen	419	5.4	Compliance verbessern	423
3	Das Paradigma der patientenzentrierten Medizin	420	5.5	Unterstützung anbieten	423
			6	Zusammenfassung und Schlussfolgerung	423

## 1 Einführung

Die ärztliche Konsultation ist ganz grundsätzlich der Ort, an dem Arzt und Patient einander begegnen und an dem ein Großteil der gesundheitlichen Versorgung eingefordert und geleistet wird. Nur wenige Ärzte und wenige Laien sind sich über die wesentliche Rolle der Kommunikation bei diesem Prozess im Klaren. Der Großteil der Aufmerksamkeit von Ärzten und Patienten richtet sich auf die technische Seite der Medizin. Die Ergebnisse diagnostischer Tests scheinen überzeugender zu klingen als die beruhigenden Worte kompetenter Ärzte; alles Wissen über die Ungenauigkeit von Messungen, statistische Fehler, begrenzte Sensitivität und Spezifität von Tests und die sich daraus ergebenden falsch positiven oder auch falsch negativen Testresultate können daran offenkundig nichts ändern.

Die Hoffnung auf eine Besserung richtet sich häufiger auf ein neues pharmazeutisches Produkt oder einen weiteren chirurgischen Eingriff und weniger auf die Stärke des eigenen Körpers, den natürlichen Verlauf der Erkrankung oder – um es in MICHAEL BALINTS Worten zu sagen – auf „die Droge Arzt“ (BALINT 1964). Aber, wie KERR WHITE in seinem grundlegenden Buch „*The Task of Medicine*“ (1998) feststellt, lässt sich über die Natur des Gesundheitsproblems eines Patienten durch schlichtes Zuhören mehr herausfinden als durch alle neuen technologischen Möglichkeiten. WHITE sagt über den Wert der medizinischen technischen Intervention: „Es sollte glasklar für uns sein, dass wahrscheinlich nicht mehr als 20% der therapeutischen Interventionen tatsächlich Evidenz-basiert sind in dem Sinne, dass sie tatsächlich mehr nützen als schaden.“

Es ist mittlerweile sehr gut belegt, dass Kommunikation wahrscheinlich als das mächtigste Instrument in der Medizin angesehen werden sollte, nicht nur für den Aufbau einer Arbeitsbeziehung mit dem Patienten, sondern auch für den diagnostischen und therapeutischen Prozess (BENSING 1991, CASELL 1991, ROTHER U. HALL 1992, LIPKIN 1995). In der täglichen klinischen Praxis ist allerdings das Ansehen der Kommunikation nach wie vor schlecht.

### 1.1 Kommunikation: Ein unterschätztes Werkzeug in der Medizin

Ärzte wissen oft sehr gut, dass ein Großteil der technischen Interventionen, die sie ihren Patienten anbieten, von begrenztem Wert sind. Dies führt allerdings nicht dazu, dass sie ihr Verhalten verändern, was letztlich zu einer übermäßigen Inanspruchnahme von Interventionen führt, die nicht hilfreich sind, manchmal dem Patienten Schaden zufügen und zudem unnötige Kosten im Gesundheitssystem verursachen. Es ist sehr wichtig, sich darüber klar zu werden, dass dies nicht nur ein kognitives Problem darstellt, das sich schlicht durch das Vermitteln empirischer Erkenntnisse über den wirklichen Wert oder die Kosten-Nutzen-Relation dieser Interventionen lösen ließe. Es ist eher hilfreich den Versuch zu unternehmen, den Mechanismus zu verstehen, der hinter diesem Prozess steckt, und dieser Mechanismus ist komplex.

Neben dem Einfluss ökonomischer Faktoren und der nachvollziehbaren professionellen Faszination, die von den rasanten Entwicklungen der modernen Biomedizin ausgeht, finden sich auch Erklärungen

auf einem „Mikrolevel“: in der Interaktion zwischen Arzt und Patient. Technische Interventionen sind eben nicht nur schlicht technische Interventionen, sondern sie fungieren auch als Zeichen, die dem Patienten die Bedeutung einer Konsultation vermitteln.

Aus dieser theoretischen Perspektive betrachtet ist eine diagnostische Untersuchung nicht nur eine Möglichkeit, Blut oder Urin zu untersuchen, sondern es ist auch ein Zeichen dafür, dass der Arzt die Symptome „des Patienten ernst nimmt, dass der Patient nicht für nichts kommt“, dass er durch seine Anwesenheit nicht die knapp bemessene Zeit der Ärztin<sup>1</sup> missbraucht. Dadurch, dass die Ärztin eine Untersuchung anordnet, vermittelt sie auch, dass sie „alles tut“, um die wirkliche Ursache hinter der Erkrankung des Patienten zu entdecken, genauso wie der Vorschlag, eine neue experimentelle Chemotherapie zu versuchen, auch ein Zeichen dafür ist, dass – wenn schon alle anderen therapeutischen Möglichkeiten versagt haben – die Ärztin eben doch versucht, „alles zu tun, um die Krankheit zu heilen“.

Von daher kann eine diagnostische Untersuchung oder eine therapeutische Intervention zwar nur wenig mehr Sicherheit geben oder nur einen geringen positiven Einfluss auf den Verlauf der Erkrankung haben und dennoch ein Anzeichen dafür sein, dass die Ärztin sich wirklich um den Patienten kümmert. In diesem Moment wird der Aspekt des Sich-Kümmerns (*care*) vermittelt durch eine medizinische Intervention, die eher dem Bereich des Heilens (*cure*) zuzuschreiben ist.

Ärzte vermitteln ihren Patienten auch dann Zeichen, wenn sie es selber nicht merken. Wenn Patienten auf diese Zeichen positiv reagieren, ist die Gefahr groß, dass die positive Reaktion der technischen Intervention zugeschrieben wird und nicht der Tatsache, dass die Patientin sich als versorgt und ernst genommen erlebt hat. Aus diesem Missverständnis entsteht eine wechselseitige Bestärkung für Verhaltensweisen, die eigentlich nicht für den Zweck entwickelt wurden, den sie in diesem Fall erfüllen. Die große Anzahl diagnostischer Untersuchungen, die mit der Absicht verordnet werden, „dem Patienten Sicherheit zu geben“, sind ein sehr schönes Beispiel für dieses Phänomen. Es könnte hilfreich sein, die Überbetonung technischer Verhaltensweisen in der medizinischen Konsultation zurückzunehmen und an ihre Stelle kommunikatives Verhalten zu setzen, wenn dieses oben beschriebene Phänomen bewusst würde. Kommunikatives Verhalten wäre allein deshalb vorzuziehen, weil es sich sehr viel direkter an den Zielen der Konsultation orientiert.

Während also die technische Seite der Medizin tendenziell überschätzt wird – zumindest in ihren unmittelbaren Auswirkungen auf das Wohlbefinden des Patienten –, wird die Potenz eines guten Dialogs zwischen Ärzten und Patienten nicht mit der Aufmerksamkeit und mit der Achtung behandelt, die ihr eigentlich zukäme (WHITE 1998, BENSING 1991). Ärzte

<sup>1</sup> Arzt/Ärztin und Patient/Patientin wurden absichtlich immer wieder abwechselnd gebraucht.

lernen mehr über die Erkrankung eines Patienten, wenn sie aufmerksam schauen, zuhören, den Patienten sprechen lassen, als durch eine ganze Batterie diagnostischer Untersuchungen. Patienten lernen mehr über ihre Erkrankung und über Möglichkeiten, mit ihr umzugehen, wenn Ärzte die Welt des Patienten betreten und versuchen, „die Krankheit mit den Augen des Patienten zu sehen (MCWHINNEY u. WHITE 1998), als wenn der Arzt seine Aufgabe darin versteht, den Patienten körperlich zu untersuchen und eine Verordnung zu schreiben.

Gesundheitliche Probleme erhalten ihre Bedeutung durch die Interaktion zwischen Arzt und Patient. Unterschiedliche kommunikative Vorgehensweisen werden für den Patienten unterschiedliche Bedeutungen generieren. Ein Arzt, der ausschließlich Fragen stellt, wird ausschließlich Antworten bekommen und die Geschichte des Patienten in seinen eigenen Worten nie zu hören bekommen (BALINT 1964). Wenn ein Arzt nur *medizinische* Fragen stellt, dann wird er nur Antworten zur körperlichen Seite des Problems bekommen und dadurch wird in ganz besonderer Weise das Gesundheitsproblem im medizinischen Dialog rekonstruiert. Patienten werden solches Arztverhalten dahingehend interpretieren, dass nur körperliche Phänomene für die Interpretation der dargestellten Beschwerden wesentlich sind. Wenn auf der anderen Seite Ärzte durch ihr verbales oder ihr nonverbales Verhalten den Patienten einladen, seine eigene Geschichte zu erzählen, dann werden Patienten dies als ein Zeichen dafür ansehen, dass ihre Erkrankung mehr bedeutet als die Konzentration auf den unmittelbar betroffenen Körperteil.

Die geläufige Reduktion einer Krankheit auf physische Schädigung oder Störung findet im Dialog zwischen Arzt und Patient statt und beeinflusst beide in einem wechselseitigen Lernprozess. Es nimmt daher nicht wunder, dass Patienten mit funktionellen Störungen z.B. große Schwierigkeiten haben, die Bedeutung psychosozialer Anteile an ihren Gesundheitsproblemen anzuerkennen, wenn Ärzte ihnen zunächst einmal beigebracht haben, sich auf die körperlichen Phänomene zu konzentrieren!

Kommunikation hat nicht wahrgenommene Auswirkungen in der Medizin, obwohl sie auf bewusstem oder unbewusstem Niveau eine ganz entscheidende Rolle spielt: beim Aufbau der Arzt-Patient-Beziehung, in der Bedeutung, die bestimmten Symptomen gegeben wird, und in der Behandlung einer Erkrankung. Manchmal ist diese Rolle positiv und führt zu einem besseren Verständnis und zu einem besseren Umgang mit der Erkrankung, zu besseren therapeutischen Entscheidungen und zu kompliantem Verhalten; manchmal ist die Rolle der Kommunikation allerdings negativ und führt zu Missverständnissen, Unzufriedenheit, falschen Entscheidungen und womöglich zu Kunstfehlerprozessen. Es ist sehr wichtig, dass Ärzte selber die Auswirkungen ihrer Kommunikation verstehen lernen und dass sie in der Lage sind, sie als mächtiges Werkzeug zu benutzen.

## 2 Veränderung in der Arzt-Patient-Beziehung

Kommunikation war immer ein wichtiges Element der Medizin, aber neuere Veränderungen der Arzt-Patient-Beziehungen haben ihre Bedeutung noch zusätzlich vergrößert. Dafür sind drei wenig offenkundige revolutionäre Veränderungen verantwortlich:

- Epidemiologische Veränderungen in der Morbidität,
- Veränderungen im Machtgefälle zwischen Arzt und Patient und
- Veränderungen in den Möglichkeiten, Zugang zu medizinischen Informationen zu erhalten.

### 2.1 Veränderungen der Morbidität

Die medizinische Wissenschaft, die wir heute erleben, hat ihren Ausgang von Paradigmen des biomedizinischen Modells genommen. In diesem Modell spielt die medizinische Diagnose eine zentrale Rolle: Oberstes Ziel ärztlicher Bemühungen ist es, die Ätiologie hinter den Symptomen des Patienten zu identifizieren, um daraus die am ehesten passende Behandlung abzuleiten. Die grundlegende Idee dahinter ist: Wer die Ursachen einer Erkrankung kennt, weiß auch, wie ihr zu begegnen ist. Dies bedeutet nichts anderes, als dass hier mit einem *Diagnose-Therapie-modell* gearbeitet wird, bei dem das Stellen einer Diagnose der Kristallisationspunkt ist, in dem der diagnostische Prozess den therapeutischen Prozess trifft.

Die Diagnose gibt den Gesundheitsproblemen des Patienten eine Bedeutung, daher legt sie die Behandlung fest (oder auch die Unmöglichkeit einer Behandlung, wie z. B. bei funktionellen Störungen oder bei der Behandlung terminal kranker Menschen). Theoretisch ausgedrückt: Das Stellen einer Diagnose hat für Arzt und Patienten die Bedeutung eines Zeichens dafür, dass nun endlich klar ist, um welches Problem es sich handelt und was getan werden muss, um damit umzugehen. Dieses Paradigma lässt sich zurückführen auf eine Ära, in der Morbidität in erster Linie mit akuten Erkrankungen assoziiert war, von denen sich der Patient entweder erholte oder an denen er starb.

In einer Zeit, in der die meisten medizinischen Schulen gegründet wurden, war dies ein adäquates Modell, da es sehr gut zur überwiegenden Zahl der Gesundheitsprobleme passte, mit denen die Ärzte im Sprechzimmer konfrontiert waren, vielleicht mit der Ausnahme der so genannten „medizinisch nicht erklärbaren Gesundheitsprobleme“, die dann in der Folge häufig als psychosomatische Probleme bezeichnet wurden und Ärzte und Patienten nicht befriedigen konnten. Wenn es nicht möglich ist eine Diagnose zu stellen, dann gleitet den Ärzten, die explizit oder implizit auf der Basis des biomedizinischen Modells arbeiten, die Situation aus der Hand, die Konsultation wird für Arzt und Patient unbefriedigend.

In den letzten 60 bis 80 Jahren hat sich allerdings ein deutlicher Wandel in der Morbidität vollzogen, durch den der Wert des oben beschriebenen *Diagnose-Therapiemodells* für eine zunehmende Anzahl von Gesundheitsproblemen zweifelhaft wird. Gleichzeitig mit der verlängerten Lebenserwartung der Menschen in westlichen Ländern hat die Zahl der lange bestehenden oder chronischen Erkrankungen enorm zugenommen: Herzkrankheiten, Diabetes, Krebs, chronisch-obstruktive Lungenleiden, neurologische Erkrankungen wie multiple Sklerose oder Morbus PARKINSON sind Beispiele für diese Veränderungen.

Für Patienten mit chronischen Erkrankungen – und genauso für Patienten mit medizinisch nicht erklär-baren Gesundheitsproblemen – ist das traditionelle *Diagnose-Therapiemodell* nicht adäquat. Bei chronischen Erkrankungen hat die Diagnose eine andere Bedeutung, sie liefert andere Zeichen als bei akuten Erkrankungen. Es wird nicht als Erleichterung wahrgenommen, wenn „die Ärztin schon weiß, was ich habe; darum kann sie jetzt mit der Therapie anfangen, und bald wird es mir besser gehen<sup>2</sup>“, sondern in diesem Fall stellt die Diagnose ein Zeichen dafür dar, dass sich das Leben nachhaltig verändert hat, dass nichts mehr so wie vorher sein wird.

Die Diagnose einer chronischen Erkrankung bedeutet für den Patienten, dass ein Leben vor ihm liegt, das mit Leiden, Unsicherheit, manchmal mit Angst, Schmerzen, mit einem voranschreitenden Verlust seiner Mobilität und möglicherweise seiner Autonomie verbunden ist. Es bedeutet also ein Leben, in dem kleinere und größere Veränderungsprozesse im Arbeitsleben, im Sozialleben, in lieb gewordenen Gewohnheiten und in den Erwartungen an die Zukunft stattfinden werden. Es bedeutet den Beginn eines Lebensabschnitts, der angefüllt ist mit schwierigen Entscheidungen, in dem es immer wieder darum gehen wird, bestimmte Dinge aufzugeben und über andere zu verhandeln.

Für den Arzt bedeutet die Diagnose einer chronischen Erkrankung, dass er sich vom *Diagnose-Therapiemodell* lösen muss und stattdessen mit einem anderen Paradigma arbeiten muss, z. B. dem *Krankheits-Belastungsmodell* (*burden-of-disease model*). In diesem Modell hat die medizinische Konsultation eine andere Bedeutung, und die kommunikativen Strategien müssen den veränderten Zielen der Konsultation angepasst werden. Während es in dem traditionellen *Diagnose-Therapiemodell* vor allem darum geht, die Diagnose zu etablieren und die am besten geeignete Therapie einzuleiten, wird im *Krank-*

<sup>2</sup> Es muss betont werden, dass auch Patienten mit chronischer Erkrankung zunächst erleichtert sind, wenn sie schließlich ihre Diagnose vernehmen, auch wenn dies eine Besorgnis erregende Diagnose ist. Dies ist vor allem dann der Fall, wenn die Diagnose eine lange Periode der Unsicherheit beendet; dann sind sogar schlechte Nachrichten besser als keine definitive Auskunft, da sie dem Patienten einen Zugang zu seiner Situation und damit möglicherweise eine Kontrollmöglichkeit eröffnen.

heits-Belastungsmodell ein ganz anderes Ziel in den Vordergrund rücken: *Entlastung im Leiden*. ERIC CASELL hat 1991 diese veränderten Ziele der medizinischen Konsultation überzeugend in seinem Buch „*The nature of suffering and the goals of medicine*“ beschrieben.

Eine andere wichtige Unterscheidung vom traditionellen Modell betrifft die begrenzte Rolle der Ärzte; sehr vieles muss von Patienten selbst geleistet werden: Veränderungen im Lebensstil, Compliance mit Behandlungsregimes, das Erarbeiten neuer Lebensperspektiven sind ausgesprochen wichtige Aufgaben im Umgang mit chronischen Erkrankungen, bei denen der Arzt zwar als Ratgeber, Quelle von Informationen fungieren kann, bei denen er sich aber nicht mehr in der Rolle des „Heilers“ erlebt, mit der er in seiner medizinischen Ausbildung vertraut wurde.

Eine wesentliche Konsequenz dieser deutlichen Veränderung der Morbidität ist, dass mittlerweile die Mehrzahl der Gesundheitsprobleme, die in einer medizinischen Konsultation präsentiert werden, mit dem biomedizinischen Modell nicht mehr kompatibel ist: Für die große Gruppe der medizinisch nicht erklärbaren Probleme muss das biomedizinische Modell um die psychosozialen Faktoren erweitert werden, um die psychologischen und sozialen Einflüsse auf die Ätiologie der dargelegten Symptome zu berücksichtigen. Für die noch größere Gruppe von Menschen mit chronischen Erkrankungen (die somatopsychischen Erkrankungen) muss diese Erweiterung um psychosoziale Elemente genauso stattfinden, um die psychologischen und sozialen Konsequenzen einer Erkrankung zu berücksichtigen.

## 2.2 Veränderungen im Machtgefälle

Seit BYRNE und LONG 1976 ihr Buch „*Doctors talking to patients*“ herausbrachten, haben sich viele Autoren zur veränderten Beziehung zwischen Arzt und Patient geäußert, die zeitlich mit einem Wechsel von vorwiegend autoritären Beziehungen zu eher partnerschaftlichen Beziehungen in den modernen westlichen Gesellschaften zusammenfällt. Diese Veränderungen werden von mehreren gesellschaftlichen Entwicklungen unterstützt. Aufgrund des durchschnittlich höheren Bildungsniveaus ist die kulturelle und die Bildungslücke zwischen Arzt und Patient für immer mehr Patienten weniger ausgeprägt, so dass bereits aus diesem Grund die Beziehung in der medizinischen Konsultation mehr eine Beziehung zwischen gleichen Partnern geworden ist.

In vielen Ländern haben zudem nationale Regierungen durch finanzielle und gesetzliche Maßnahmen die Position des Patienten im Gesundheitssystem gestärkt (DE VISSER, DECCACHE u. BENSING 2001). Patientenorganisationen sind Teil des Gesundheitssystems geworden und Verbraucherorganisationen haben häufig spezielle Abteilungen für Probleme im Gesundheitswesen. Zudem gibt es in vielen Ländern Tendenzen, anstelle des Angebots-orientierten

Modells ein Nachfrage-gesteuertes Gesundheitssystem zu etablieren.

Alle diese Entwicklungen haben die Arzt-Patient-Beziehung beeinflusst. Die traditionelle ärztliche Konsultation, in der der Arzt Fragen stellt und der Patient Antworten gibt, lässt sich selbstverständlich immer noch in der klinischen Praxis beobachten, aber dies ist weniger eindeutig das typische Modell; es wird ergänzt durch eine Vielzahl anderer Konsultationstypen. Dies wurde verdeutlicht durch ROTER (2000), die eine auf zwei Dimensionen beruhende Typologie der Konsultation vorstellte, mit der die Einflussmöglichkeit von Arzt und Patient abgebildet wird (s. Tab. 26-1).

In dem linken oberen Bereich finden wir die typische traditionelle Arzt-Patient-Beziehung mit einem paternalistischen Arzt, der die Führung übernimmt, und einem unterwürfigen Patienten, der folgt. In dem rechten oberen Sektor wird eine egalitäre Beziehung dargestellt, bei der Arzt und Patient sehr viel Freiheit genießen und gemeinsam Entscheidungen fällen: Dies ist die ideale Konsultation für viele moderne Ärzte und Patienten, vor allem in nicht unmittelbar bedrohenden Situationen.

In der unteren Darstellung nimmt der Arzt weniger Einfluss auf die Konsultation: Auf der rechten Seite fällt der Patient die Entscheidung im Sinne eines Verbrauchermodells (der Patient weiß, was er will; der Arzt liefert die Gesundheitsleistung – ungefähr wie im Supermarkt); im linken unteren Bereich findet sich ein Beispiel für eine minimalistische Konsultation, in der weder Arzt noch Patient wirklich Einfluss nehmen; dieser Konsultationstyp erinnert an eine Situation, die früher in manchen osteuropäischen Ländern üblich war, in der der Arzt einen niedrigen Status innehatte und in denen Gesundheitsversorgung eine wenig privilegierte Rolle einnahm. In moderner westlichen Gesundheitssystemen besteht jetzt die große Gefahr, dass Konsultationen mit Patienten aus Minoritäten, die sich nicht flüssig in der Landessprache unterhalten können, in diesem Segment der Arzt-Patient-Beziehung landen werden.

Die Relevanz solcher und ähnlicher Typologien besteht darin, dass sie die Unterschiedlichkeit der Arzt-Patient-Beziehungen im Sprechzimmer beschreiben

Forts.

Tab. 26-1 Typologie der Arzt-Patient-Beziehung (nach ROTER, D. L., J. A. HALL: *Doctors talking to patients/patients talking with doctors. Improving communication in medical visits*. Auburn House, Westport/Connecticut-London 199)

		Führung durch Patient	
		niedrig	hoch
Führung durch Arzt	hoch	paternalistische Beziehung	egalitäre Beziehung
	niedrig	unengagiert/ „Routinefall“	Patient als Kunde/Konsumentenhaltung

und als Konsequenz daraus die Vielzahl an Kommunikationsstrategien, die in einer medizinischen Konsultation benötigt werden. Ein Gespräch mit einem gebildeten, selbstverantwortlichen 45-jährigen Menschen unterscheidet sich signifikant von einer Unterredung mit einer sprachlich behinderten älteren Person. Es mag vielleicht eine Zeit gegeben haben, in der ärztliche Lehrer glauben konnten, dass es ausreichen würde, ihren Medizinstudenten nur ein einziges Kommunikationsmodell zu vermitteln; jetzt ist völlig klar, dass das nie ausreichen wird: Abgesehen von der Vielzahl von Gesundheitsproblemen, die unterschiedliche Kommunikationstechniken erfordern, sind es auch die unterschiedlichen Arzt-Patient-Beziehungen, die einer jeweils maßgeschneiderten Kommunikation bedürfen.

### 2.3 Der einfachere Zugang zu medizinischen Informationen

Mit der digitalen Revolution sind alle möglichen Arten medizinischer Information für zunehmend mehr Patienten zugänglich geworden. Auf Platz 3 hinter Sex und Geldangelegenheiten in der Hitliste regelmäßiger Internetbenutzer liegen Gesundheitsthemen. Dies spiegelt den hohen Wert, den Menschen der Gesundheit im Allgemeinen zuschreiben, wider. Eine wachsende Anzahl von Personen (in den Niederlanden ein Drittel im Jahr 2000!) konsultieren das Internet, bevor sie einen Arztbesuch unternehmen, um sich auf die Konsultation vorzubereiten. Das Internet wird nicht nur eingesetzt, um relevante Informationen über Krankheitszeichen oder therapeutische Möglichkeiten herauszufinden, sondern auch, um andere Menschen mit ähnlichen Gesundheitsproblemen kennen zu lernen und aus ihren Erfahrungen zu lernen.

Es gibt sicherlich Ärzte, denen der sagenhafte Patient begegnet ist, der das Sprechzimmer mit einem ganzen Stoß von Computer-Outputs betritt, um seinen Wunsch nach einer exotischen Therapie zu unterstützen. Die Wirklichkeit sieht eher so aus, dass die meisten Menschen verschweigen, dass sie Informationen aus dem Internet bekommen haben; sie lassen den Arzt im Dunkeln über ihr via Internet erworbenes Hintergrundwissen. Sicherlich hat der einfache Zugang zu medizinischen Informationen seine guten Seiten: Patienten sind besser informiert, sie sind weniger abhängig von der Information, die eine Ärztin ihnen in ihrer knappen Zeit geben mag, sie können zwischen verschiedenen Möglichkeiten auswählen und sind so besser vorbereitet für gemeinsame Entscheidungsfindung als in früheren Zeiten. Von daher hat die digitale Revolution sicherlich dazu beigetragen, die Patientenautonomie zu stärken und Beziehungen im Gesundheitswesen auf einer egalitären Stufe zu ermöglichen.

Es gibt allerdings auch wesentliche Probleme, die in der Medizin vor der digitalen Revolution nicht oder nicht in diesem Ausmaß vorhanden waren: Ein erstes Problem entsteht dadurch, dass nicht alle Menschen Zugang zum Internet haben, so dass

zumindest auf diesem Gebiet die Unterschiede zwischen den einzelnen Patienten unvorhersehbar größer werden. Ein weiteres Problem liegt darin, dass die Informationen im Internet häufig von ökonomischen Interessen geprägt sind, sie sind oft nicht objektiv, manchmal schlicht falsch und verwirrend. Es gibt auch Hinweise darauf, dass die Informationsflut Unsicherheit und Angst bei Patienten steigert, so dass ein Zustand entsteht, den man bei jungen Medizinstudenten beobachten kann, die befürchten, an der gerade im Studium behandelten seltenen Erkrankung zu leiden.

Der Patient, der zunächst den Eindruck hinterlässt, als gut informierter, weitgehend autonomer Mensch das Sprechzimmer zu betreten, kann sich sehr schnell in einen überbesorgten, unsicheren Menschen verwandeln, der eher emotionale Unterstützung braucht als einen Verhandlungsprozess auf kognitiver Ebene. Es ist deswegen sehr wichtig, sich über die unterschiedlichen Ebenen klar zu werden, auf denen ein Patient seine Botschaften sendet. In welcher Richtung auch immer sich diese Entwicklung weiter vollziehen wird, es ist bereits jetzt klar, dass sie tief greifende Veränderungen in der Arzt-Patient-Beziehung mit sich bringen wird: Ärzte werden immer weniger die „natürliche Quelle“ medizinischer Information sein. Sie werden sich womöglich eher in der Rolle des Schiedsrichters wiederfinden, der über die Qualität der Informationen aus ganz unterschiedlichen Quellen zu entscheiden hat, eine ganz andere Rolle, die nicht allen Ärzten gefallen wird, die ihre Ausbildung in einer Zeit erhielten, als es noch hieß: „Das weiß der Arzt am besten!“

Zusammenfassend können wir schlussfolgern, dass die Arzt-Patient-Beziehung in den letzten Jahrzehnten einem wesentlichen Wandel unterzogen war und dass weitere Veränderungen bevorstehen, die wahrscheinlich von folgenden Gesichtspunkten geprägt sein werden:

Es besteht eine eindeutige Tendenz zu eher gleichgestellten Beziehungen zwischen Arzt und Patient. Patienten *wollen* nicht nur mehr wissen, sondern sie *sollten* auch mehr wissen über ihre Erkrankung und die Möglichkeiten, mit den Auswirkungen umzugehen.

Dennoch wird dies einhergehen mit einer immer größeren Differenzierung in den Wünschen und Bedürfnissen einzelner Patienten oder zwischen Gruppen von Patienten.

Gleichzeitig wird es auch in der Art der Arzt-Patient-Beziehung eine größere Variationsbreite geben; das traditionelle paternalistische Modell wird nicht in ein anderes, ebenso klar umrissenes umgewandelt werden, sondern es wird sich in unterschiedliche Typologien auflösen, zwischen denen wahrscheinlich sogar ein und derselbe Arzt und ein und dieselbe Patientin hin und her wechseln werden.

Diese Entwicklungen erfordern eine patientenzentrierte Medizin und eine maßgeschneiderte Kommunikation.

### 3 Das Paradigma der patientenzentrierten Medizin

Als Resultat der Veränderungen in der Arzt-Patient-Beziehung wird zunehmend deutlicher, dass Gesundheitsversorgung individualisiert werden muss. Patientenzentrierte Medizin basiert auf der Forderung, Patienten nicht als „Objekte“, an denen Gesundheitsversorgung vollzogen wird, sondern als „Subjekte“ zu sehen, die aktiv an ihrer Gesundheitsversorgung beteiligt werden möchten, die eigene Bedürfnisse und Wünsche haben. Um patientenzentrierte Medizin zu verstehen, ist es wichtig, ihre theoretischen Grundlagen zu verstehen. Eine Möglichkeit dies zu leisten besteht darin, dieses Konzept mit seinen Gegenbeispielen zu kontrastieren (BENSING 2000). Bei der patientenzentrierten Medizin lässt sich das auf mindestens zwei Arten bewerkstelligen.

Die erste besteht darin, *patientenzentrierte Medizin* der *krankheitszentrierten Medizin* gegenüberzustellen, wie es z.B. STEWART getan hat (STEWART, BROWN, WESTON, MCWHINNEY, MCWILLIAM u. FREEMAN 1995). Bei dieser Gegenüberstellung wird deutlich, dass der Patient mehr ist als seine Erkrankung und dass es ebenso wichtig ist, die Patientin, die eine Krankheit hat, kennen zu lernen, wie es von Bedeutung ist, die Krankheit zu kennen, an der der Patient leidet (McCORMICK 1996). Patientenzentrierte Medizin in diesem Sinne bedeutet, dass sich Gesundheitsversorgung mehr auf das Kranksein (*illness*) richtet als auf die Krankheit (*disease*) und dass die Bedürfnisse der Patienten unter Einbezug psychischer und sozialer Faktoren abgebildet werden müssen, die eine genauso große Bedeutung haben wie die strikt biomedizinischen Elemente (SMITH u. HOPPE 1991).

Eine andere Möglichkeit ist, die *patientenzentrierte Medizin* der *arztzentrierten Medizin* gegenüberzustellen, wie es z.B. von den britischen Forschern BYRNE und LONG vorgeschlagen wird, die 1976 den Begriff des „Machtwechsels“ (*power shift model*) in die Kommunikationsliteratur eingeführt haben. Sie betonen, dass es nicht das Privileg des Arztes ist, darüber zu entscheiden, was mit dem Patienten geschehen wird, sondern dass es das Recht des Patienten ist, darüber zu entscheiden, welche diagnostischen oder therapeutischen Schritte unternommen werden. In diesem Sinne bedeutet patientenzentrierte Medizin, dass sich die Anbieter von Gesundheitsleistungen aktiv um Präferenzen ihrer Patienten kümmern müssen, dass sie ihnen diejenigen Informationen liefern sollten, mit denen sie die richtigen Entscheidungen treffen können.

Diese Haltung, die sich ursprünglich in den 60er Jahren des letzten Jahrhunderts aus der Patientenrechtsbewegung entwickelt hat, hat inzwischen Eingang in die Rechtsprechung vieler westlicher Länder gefunden (LAINE u. DAVIDOFF 1996). In der akademischen Welt ist diese Bewegung vor allem von Gesundheitspsychologen begrüßt worden, da sie mit der Hoffnung verknüpft war, dass Selbstkontrolle und Selbsteffizienz per se gesundheitsfördernde Auswirkungen haben (HYMAN, MAIBACH, FLORA u. FORTMAN 1992).

Wenn patientenzentrierte Medizin als Gegenstück zur krankheitszentrierten Medizin angesehen wird, steht im Mittelpunkt der Inhalt der Konsultation, also die Auswahl der Themen, die entsprechend den Bedürfnissen und Erwartungen der Patienten angesprochen werden sollten oder müssten. In diesem Modell sind Ärzte dann patientenzentriert, wenn sie sich nicht ausschließlich der Erkrankung des Patienten zuwenden, sondern sich auch für den Patienten interessieren, der diese Erkrankung hat.

Das oberste Ziel der Konsultation lautet dann: Die Ärztin sollte die wirklichen Gründe des Patienten für die Konsultation kennen lernen, sich ebenso für seine wirklichen Bedürfnisse und Wünsche interessieren (MCWHINNEY 1985). Angemessene Kommunikationsverhalten werden in diesem Modell von psychotherapeutischen Modellen abgeleitet, die den Wert affektiven Verhaltens im Gegensatz zum instrumentellen Verhalten betonen, wenn es darum geht, einen Patienten dazu zu bringen, dass er über all das spricht, was ihm durch den Kopf geht, also auch über Gefühle (NOVACK 1987).

Wenn auf der anderen Seite patientenzentriert mit arztzentriert kontrastiert wird, dann steht im Mittelpunkt die Frage, wer Kontrolle über die Konsultation ausübt, wessen Agenda abgearbeitet wird, wer die Macht hat, Entscheidungen zu treffen (HYMAN 1992). Oberstes Ziel einer Konsultation in diesem Modell ist das wechselseitige Abstimmen der Agenda von Ärztin und Patientin und das Treffen von Entscheidungen, bei denen sich beide Seiten wohl fühlen. Angemessene kommunikative Verhaltensweisen leiten sich von Marketingtheorien ab und von theoretischen Konzepten über die Gestaltung von Verhandlungsprozessen, bei denen es zunächst um das Erforschen von „Kundenwünschen“ geht und schließlich um den Prozess, wie aus dem Abgleich dieser Wünsche mit einem Gegenüber ein Entscheid zustande kommt, der für beide Parteien gleichermaßen befriedigend ist (ROTER, STEWART, PUTMAN, LIPKIN, STILES u. INUI 1997).

Zusammenfassend können wir also feststellen, dass das Konzept der patientenzentrierten Medizin zwei unterschiedliche Phänomene umschreibt:

- den *Inhalt* der Konsultation, was gleichbedeutend ist mit einer Erweiterung des biomedizinischen Modells um psychische und soziale Faktoren;
- das Ausmaß der *Einflussnahme* des Patienten im Entscheidungsprozess, wodurch das traditionelle arztzentrierte *Diagnose-Therapiemodell* einem Modell gegenübergestellt wird, bei dem Entscheidungen gemeinsam gefällt werden (*shared-decision making*).
- Beide Aspekte beeinflussen die ärztliche Konsultation, sie benutzen freilich unterschiedliche Theorien, um adäquates Kommunikationsverhalten zu definieren. Sie haben allerdings gemeinsam, dass sie sich auf die Bedürfnisse und die Vorlieben von Patienten konzentrieren.

## 4 Patientenbedürfnisse in der Konsultation

Patientenbedürfnisse ergeben sich nicht schlicht aus der Pathophysiologie körperlicher Veränderungen. Manche Menschen leiden mehr, als pathophysiologisch nachvollziehbar erscheint, andere leiden erstaunlich wenig angesichts der „objektiven“ biomedizinischen Informationen zu ihrem Gesundheitszustand. Von daher erscheint es sinnvoll, nach anderen Modellen Umschau zu halten, die erklären könnten, was getan werden muss, um „das Leiden eines Patienten“ (CASELL 1991) zu vermindern.

Eines dieser Modelle ist das *Stressbewältigungsmodell* (LAZARUS u. FOLKMAN 1984). Bei diesem theoretischen Zugang wird die Erkrankung als ein Stressor begriffen, der das Leben des Patienten so aus dem Gleichgewicht gebracht hat, dass er einen Arzt konsultiert (BENSING, SCHREURS u. DE RIJK 1996). Dieser Stressor wird charakterisiert durch Unsicherheit und Angst. Unsicherheit, weil der Patient nicht weiß, wie er die körperlichen Symptome interpretieren soll (z.B.: „Muss ich jetzt aktiv werden, oder wird sich das von allein wieder geben?“). Angst, weil der Patient sich davor fürchtet, was ihm in Zukunft bevorstehen könnte (z.B.: „Man stellt sich ja doch meist das Schlimmste vor“).

Einige Autoren (z.B. BEN-SIRA 1986) haben auf Folgendes verwiesen: Allein die Tatsache, dass eine Patientin zum Arzt geht, provoziert zusätzlich Unsicherheit und Angst. Das führt zu Fragen wie: „Worauf muss ich mich einstellen?“ und „Wird man mich ernst nehmen?“ Daraus ergibt sich, dass Patienten zwei unterschiedliche Bedürfnisse haben, wenn sie ihre Ärztin konsultieren:

Sie möchten wissen, wie die körperlichen Symptome interpretiert werden können; sie möchten wissen, ob etwas wirklich nicht stimmt und, wenn dies der Fall ist, was man dagegen machen kann oder wie man am besten damit umgeht.

Sie möchten entlastet werden, sie brauchen Unterstützung, Akzeptanz und Respekt.

GEORGE ENGEL hat dieses doppelte Bedürfnis der Patientin sehr poetisch mit den Worten beschrieben: *the need to know and understand* und *the need to feel known and understood* (ENGEL 1997). Das erste ist ein kognitives Bedürfnis, dem die Ärztin am ehesten dadurch entspricht, dass sie ihre instrumentellen und Problemlösungsfähigkeiten ins Spiel bringt (indem sie beispielsweise den Grund für die Konsultation klärt, die Konsultation strukturiert, den Informationsaustausch erleichtert etc.). Das zweite Bedürfnis ist emotionaler Natur; ihm entspricht die Ärztin dadurch, dass sie affektives und Unterstützung gebendes Verhalten zeigt (z. B., indem sie ihre Betroffenheit erkennen gibt, eine partnerschaftliche Beziehung leichtert und empathisch reagiert).

In den meisten Konsultationen zeigt sich, dass beide Patientenbedürfnisse vorhanden sind, obwohl das zweite, emotionale Bedürfnis nach Wahrnehmung und Verständnis durch die Ärztin häufig nicht offen vom Patienten ausgesprochen wird. Dieses Bedürfnis bleibt implizit, es steht unausgesprochen im Raum, wenn es der Ärztin nicht gelingt, durch den Einsatz angemessener Kommunikationstechniken auch dieses Bedürfnis in der Konsultation artikulieren zu lassen. Angemessene Techniken wären z. B. das Abwarten, Techniken des aktiven Zuhörens, Spiegeln und das Angebot von Augenkontakt (BENSING 1996).

Instrumentelles und affektives Verhalten dienen unterschiedlichen Zwecken in der Konsultation, sie haben unterschiedliche Ziele. Instrumentelles Verhalten stärkt das problemorientierte Bewältigungsverhalten einer Patientin, es hilft ihr die wahrgenommenen Gesundheitsprobleme zu kontrollieren. Affektives Verhalten unterstützt das emotionale Bewältigungsverhalten einer Patientin und hilft ihr dabei mit der Situation umzugehen und der Krankheit einen Platz im eigenen Leben zuzuweisen.

Es ist eine Herausforderung für jeden Arzt – wie EPSTEIN bemerkte –, „mit beiden Ohren zuzuhören“, also symbolisch ein Ohr für den Empfang biomedizinischer und das andere Ohr für den Empfang psychosozialer Informationen (EPSTEIN, CAMPBELL, COHEN-COLE, McWHINNEY u. SMILKSTEIN 1993) bereitzustellen, oder aber – in unserer Terminologie – auf zwei Ebenen zuzuhören: auf die instrumentelle Botschaft zu achten und auf die affektive Botschaft. Diese Analyse der Bedürfnisse von Patienten in einer medizinischen Konsultation hat noch eine weitere Implikation: Ärzte sollten sich darüber klar sein, dass Patienten fast immer nicht ein Anliegen haben, sondern dass sie mit komplexen Bedürfnissen das Sprechzimmer betreten, so dass es angemessen erscheint, die vielfältigen Ziele der Arztkonsultation, die sowohl in der instrumentellen als auch in der affektiven Ebene artikuliert werden können, aufzunehmen.

## 5 Zielorientierte Kommunikationsstrategien

In der Kommunikationsliteratur haben unterschiedliche Autoren auf die vielfältigen Ziele der medizinischen Konsultation hingewiesen. ONG et al. erwähnen (1) das Ziel einer guten zwischenmenschlichen Beziehung, (2) Austausch von Informationen und (3) das Treffen medizinischer Entscheidungen als wichtigste Ziele einer medizinischen Konsultation (ONG, HAES, DE HOOS u. LAMMES 1995).

Wenig abweichend davon haben LAZARE et al. die Funktionen einer Konsultation folgendermaßen kategorisiert: (1) präzise Definition des Problems. (2) Entwickeln, Beibehalten und Beenden einer therapeutischen Beziehung und (3) Verbesserung der

Kompetenz des Patienten (*patient education*) und Etablieren von Behandlungsmöglichkeiten (LAZARE, PUTMAN u. LIPKIN 1995).

Andere Kategorisierungsvorschläge wurden vielfältig gemacht (BENSING 1991, CASELL 1991, ROTER u. HALL 1992). Darüber hinaus ist sicherlich klar, dass die Vielfalt unterschiedlicher Patienten, unterschiedlicher Gesundheitsprobleme und die Varianz kontextueller Situationsmerkmale eine breit gefächerte Beschreibung der Ziele einer medizinischen Konsultation erfordert.

Wesentlich ist, dass sich Ärzte der Multiplizität der Ziele einer Konsultation bewusst und darüber im Klaren sind: Verschiedene Ziele bedürfen verschiedener Kommunikationsstrategien, die sich auf unterschiedliche theoretische Systeme abstützen. Es sollte eigentlich zum professionellen Rüstzeug aller Ärzte gehören, ihr kommunikatives Verhalten als zielorientiertes, geplantes Verhalten zu begreifen.

Ohne Anspruch auf Vollständigkeit werden einige dieser zielorientierten Kommunikationsstrategien diskutiert. Detailliertere Informationen sind in diversen Handbüchern beschrieben (DIMATTEO u. DINICOLA 1982, PENDLETON u. HASSLER 1983, ADLER u. HEMMLER 1992, ROTER u. HALL 1992, LIPKIN, PUTMANN u. LAZARE 1995, SILVERMAN, KURTZ u. DRAPER 1998).

### 5.1 Aufbau einer Arbeitsbeziehung

Die meisten Autoren im Bereich der Arzt-Patient-Kommunikation identifizieren den Aufbau einer Arbeitsbeziehung (*establishing a workable relationship*) als wichtiges Ziel einer Konsultation, das die Basis für eine qualitativ hochstehende Betreuung bildet. Dieses Ziel lässt sich am ehesten der affektiven Seite der Kommunikation zuordnen, es wird erreicht, wenn sich eine Patientin als individuelle Person und nicht als Objekt behandelt fühlt. Unterschiedliche Kommunikationsstrategien sind hilfreich für das Erreichen dieses Ziels:

- Höfliches und freundliches Verhalten (z. B. Begrüßen, Hand geben, einen Stuhl anbieten) machen den Respekt gegenüber dem Patienten deutlich.
- Soziale Konversation (z. B. über das Wetter, die Ferien, die Enkelkinder) kann zur Entspannung der Atmosphäre beitragen.
- Empathie (Aufmerksamkeit, auf die Emotionen des Patienten eingehen, Augenkontakt) weist darauf hin, dass der Arzt sich dem Patienten „uneingeschränkt positiv zuwendet“ (ROGERS 1951).

### 5.2 Das Offenlegen der Agenda des Patienten

Vielleicht das wichtigste Ziel der medizinischen Konsultation besteht darin, die komplette Agenda des Patienten aufzudecken.

Dieses Ziel lässt sich in verschiedene Untereinheiten aufteilen, die zum Teil mit aktiven Kommunikationsstrategien (Fragen stellen), zum Teil mit passiver Kommunikation (zuhören) eher erreicht werden:

- *Die Gründe für die Konsultation klären.* Dieses Ziel umfasst nicht nur die Gesundheitsprobleme, sondern auch die persönlichen Ziele, Sorgen und Wünsche einer Patientin. („Warum konsultiert diese Patientin heute mich?“) Dieses Teilziel wird durch eine Mischung aktiver und passiver Techniken erreicht, die dem Patienten helfen, Informationen zu geben.
- *Eine Ursache für die dargestellten Beschwerden finden.* Dies wird durch aktives systematisches und strukturiertes Fragen erreicht, indem z. B. die sieben Dimensionen eines Symptoms aufgelistet werden: Beginn, Qualität, Intensität, Lokalisierung, Beziehung zu anderen Beschwerden, Umstände, in denen das Symptom auftritt, und Umstände, in denen das Symptom weniger intensiv wahrgenommen wird.
- *Kennen lernen der Belastung durch die Erkrankung.* Dies geschieht wiederum durch aktives Zuhören, Schweigen, Empathie und alle Techniken, mit denen Patienten dabei unterstützt werden, ihre eigene Geschichte zu erzählen; passive Strategien sind also bei diesem Ziel erfolgreicher als aktive Strategien, obwohl manchmal die Bitte nach weiterer Erklärung oder Anstöße zum Weiterreden der Patientin helfen werden, ihre Scheu zu überwinden.
- *Die konkreten Ziele dieser Konsultation herausarbeiten.* Dies geschieht am ehesten dadurch, dass die Ärztin zusammenfasst, den Patienten aktiv um seine Meinung bittet; wiederum sind aktive Kommunikationsstrategien erforderlich, die allerdings aus einer ärztlichen Position heraus eingesetzt werden, bei der die Ärztin sehr aufmerksam die Reaktionen ihrer Patientin beachtet.

### 5.3 Gemeinsame Entscheidungsfindung

In der vorangegangenen Phase war die Patientin die Expertin, die am besten weiß, was sie so beunruhigt hat, dass sie ihre Ärztin aufsuchte; entsprechend verläuft der wesentliche Informationsfluss von der Patientin zur Ärztin. In der jetzt zu behandelnden Phase ist die Ärztin die Expertin und es kommt zu einer Umkehr des Informationsflusses: jetzt von der Ärztin zur Patientin. Ärzte müssen also in dieser Phase ihr Wissen der Patientin mitteilen, bevor eine Entscheidung über die am ehesten angemessene Behandlung getroffen werden kann. Es ist darüber hinaus Aufgabe der Ärztin herauszufinden, wie viel Einfluss Patienten auf diese Entscheidung nehmen möchten. Wesentliche Kommunikationsstrategien, in erster Linie im Bereich instrumentellen Verhaltens, sind:

- Mitteilen von Informationen über die Natur der Erkrankung (wenn möglich: Mitteilen einer Diag-

nose; wenn nicht möglich: Hypothesen erläutern und das weitere diagnostische Vorgehen besprechen);

- Informationen vermitteln über die Bedeutung der Erkrankung (in klaren und verständlichen Begriffen, ohne medizinischen Jargon, zur richtigen Zeit, in richtiger Menge, maßgeschneidert auf die einzelne Patientin);
- sich vergewissern, was die Patientin verstanden hat;
- therapeutische Optionen anbieten;
- mögliche Nebenwirkungen, Alternativen usw. diskutieren;
- sicherstellen, dass die Patientin mitmacht und beteiligt ist;
- eine definitive Entscheidung herbeiführen.

#### 5.4 Compliance verbessern

Das am besten versteckte Tabu der ärztlichen Konsultation ist das Gespräch über das weitere Verhalten im Umgang mit einem ärztlichen Rat. Arzt und Patient haben gute Gründe, dieses Thema nicht auf den Tisch zu bringen: Patienten, weil sie sich normalerweise nicht so eindeutig an den Behandlungsplan einer Ärztin halten, weder bezüglich der Einnahme von Medikamenten noch in Bezug auf Veränderungen ihres Lebensstils, und weil sie dies nicht offen ihrer Ärztin mitteilen möchten, von der sie schließlich im Bereich der Gesundheitsversorgung abhängig sind. Ärzte vermeiden dieses Thema, weil sie ihr Gesicht nicht verlieren wollen, wenn sie offen anerkennen, dass ihre therapeutischen Vorschläge letztlich von der Patientin nicht akzeptiert wurden, und weil sie nicht wissen, wie sie es anstellen müssten, um die Compliance zu erhöhen.

Daraus resultiert, dass Non-Compliance ein nicht ausgesprochenes, aber wesentliches und zähes Problem ärztlicher Tätigkeit bleibt.

Kommunikative Strategien sollten instrumentelles und Problemlösungsverhalten mit affektiven Verhaltensweisen kombinieren, die dazu dienen, Stress zu reduzieren. Darüber hinaus sollte die implizite Annahme, dass Patienten sich gefälligst an die Vorschläge ihrer Ärzte zu halten hätten, abgelöst werden durch ein selbst regulierendes Modell, in dem Patienten explizit die Verantwortung übernehmen müssen für alle Aktivitäten, die im Zusammenhang mit ihren Gesundheitszielen stehen. Aufgabe der Ärztin ist es dann, ihnen beim Aufbau oder bei der Verbesserung gesundheitsrelevanter Verhaltensweisen zu helfen. Wesentliche Kommunikationsstrategien umfassen:

- offene Fragen stellen;
- Verständnis zeigen für Non-Compliance;
- den Patienten motivieren, Verantwortung zu übernehmen;
- dem Patienten dabei helfen, realistische und maßgeschneiderte persönliche Ziele zu formulieren;
- eine Liste möglicher Barrieren für Verhaltensänderungen aufzustellen;

- sich partnerschaftlich um kreatives Problemlösungsverhalten zu bemühen.

#### 5.5 Unterstützung anbieten

Wie bereits oben gesagt wurde: Kranksein bedeutet für die meisten Patienten eine enorme Belastung. Darüber hinaus ist auch die ärztliche Konsultation eine Stress-beladene Situation. Emotionale Unterstützung kann nicht nur von Ärzten, sondern sicherlich auch von anderen Personen im Gesundheitssystem angeboten werden, genauso wie von den Partnern oder anderen nahen Angehörigen der Patienten. Aber zumindest zum Teil ist diese Unterstützung notwendig unmittelbar in der Begegnung zwischen Arzt und Patient, in der körperliche Schmerzen, emotionale Sorgen und soziale Probleme in ihrer wechselseitigen Bezogenheit zutage treten. Dieses Netz aus unterschiedlichen Belastungsfaktoren ist im biomedizinischen Modell nicht zu verstehen, es erschließt sich nur durch einen integrierten Zugang.

Unterstützung ist auch notwendig, um die Effizienz ärztlichen instrumentellen Verhaltens zu verbessern. Unter Stress hören oder verstehen Patienten selten die ihnen vermittelten Informationen; dies gilt auch für sehr gebildete Personen, die in ihrem Alltag ein hohes Niveau von Stress kennen. Unterstützung ist dann allein schon deshalb notwendig, um die emotionalen Barrieren zu beseitigen, die sich der Akzeptanz medizinischer Informationen in den Weg stellen. Unterstützung zeigen gelingt am ehesten mit kommunikativen Strategien, die in erster Linie der affektiven Ebene zuzuschreiben sind (Empathie, Trost, Augenkontakt, Verständnis zeigen, eine tröstliche Berührung), obwohl die Techniken einer kognitiven Umstrukturierung genauso hilfreich sein können, um dem Patienten dabei zu helfen, mit den Problemen seines Krankseins besser umzugehen.

### 6 Zusammenfassung und Schlussfolgerung

Kommunikation ist ein unterschätztes Werkzeug in der Medizin. Ärzte und Patienten richten ihre Aufmerksamkeit überwiegend auf die technische Seite der Medizin. Vielleicht liegt dies daran, dass Sprechen als ein derart natürlicher Vorgang begriffen wird, dass Menschen die (positiven und negativen) Auswirkungen von Kommunikation schlicht vergessen. Dennoch, Kommunikation ist das mächtigste Werkzeug, das die Medizin besitzt, nicht nur für den Aufbau einer guten Beziehung mit der Patientin, sondern auch im diagnostischen und therapeutischen Prozess.

Gesundheitliche Probleme erhalten ihre Bedeutung in der unmittelbaren Interaktion zwischen Ärzten und Patienten. Und diese Bedeutung wird verstärkt durch die Art, in der Ärzte und Patienten über ge-

sundheitliche Probleme kommunizieren. Die übermäßige Betonung der technisch-medizinischen Seite der Medizin hängt zum Teil damit zusammen, dass diese Kommunikation als ein Zeichen dafür dient, dass der Arzt sich um den Patienten wirklich kümmert.

Neuere Entwicklungen der Medizin und in der Gesellschaft im Allgemeinen haben die Natur der Arzt-Patient-Beziehung verändert. Die Zunahme chronischer Erkrankungen, Veränderungen im Machtgefälle zwischen Arzt und Patient im Sinne einer mehr gleichgestellten Beziehung und der zunehmend einfache Zugang zu medizinischen Informationen für Laien haben den Wert des traditionellen biomedizinischen Modells (also essenziell eines *Diagnose-Therapiemodells*) vermindert. Ein neues Paradigma ist notwendig. Patientenzentrierte Medizin, zum einen als Gegenpart zur krankheitszentrierten Medizin und als Gegenstück zur arztzentrierten Medizin, scheint eine Lösung für die Probleme anzubieten, die sich aus dem biomedizinischen Paradigma ergeben: Sie führt zu einer Veränderung im Inhalt der Konsultation ebenso wie zu einer anderen Beziehung zwischen Arzt und Patient.

Es ist jedoch wichtig, sich darüber klar zu werden, dass diese Veränderungen nicht in jeder Konsultation, für jeden Patienten, jedes Gesundheitsproblem und in jedem situativen Kontext ihre Gültigkeit haben.

Das wichtigste Element der patientenzentrierten Medizin ist die Erkenntnis, dass sich Patienten in ihren Bedürfnissen und Wünschen unterscheiden, was die Bedeutung kommunikativer Fertigkeiten unterstreicht, mit deren Hilfe die jeweils gültige Agenda, die jeweils aktuellen Sorgen und Wünsche eines

Patienten erkannt werden können. Eine Möglichkeit, sich diesen Aspekten anzunähern, ist die Anwendung des Stressbewältigungsmodells. In diesem Modell wird Erkrankung als ein Stressor angesehen, der auf zwei unterschiedlichen Ebenen charakterisiert werden kann: einer kognitiven Ebene, „auf der der Patient wissen und verstehen möchte“, und einer affektiven Ebene, „auf der der Patient erleben möchte, dass man um ihn weiß und dass man ihn versteht“. Diese zweifachen Bedürfnisse korrespondieren mit unterschiedlichen Verhaltensweisen der Ärztin:

- mit ihrem instrumentellen Verhalten trifft sie Entscheidungen und stärkt problemorientiertes Coping der Patientin;
- mit ihrem affektiven Verhalten bietet sie emotionale Unterstützung und stärkt emotionales Bewältigungsverhalten des Patienten.

Eine andere Implikation dieser Analyse der Bedürfnisse von Patienten besteht darin: Ärzte müssen sich darüber klar werden, dass Patienten fast immer nicht nur mit einem Anliegen in die Konsultation kommen, sondern dass sie komplexe, auf verschiedenen Ebenen angesiedelte Bedürfnisse haben. Von daher wird sich fast immer die Aufgabe stellen, sowohl auf der instrumentellen als auch auf der affektiven Seite Patientenbedürfnisse wahrzunehmen und ihnen professionell zu begegnen. Es sollte zur professionellen Ausrüstung des Arztes gehören, Kommunikation als zielorientiertes, geplantes Verhalten einzusetzen. Bis dies erreicht wird, werden sich Patienten weiterhin Ärzten und Ärztinnen gegenübersehen, die ihre eigenen kommunikativen Fertigkeiten überschätzen und die dazu neigen, die (positiven und negativen) Auswirkungen ihres Kommunikationsverhaltens auf den Patienten und die Patientin zu unterschätzen.