

Das Arzt-Patient-Gespräch

Peter Balcke

Ein Gespräch Arzt-Patient ist schon etwas Besonderes. Es ist – als eine der Besonderheiten – sowohl für den Patienten wie auch den Arzt eine ungewöhnliche Mischung aus Nähe und Distanz, die sich in ihrem Verhältnis laufend ändert, aber letztlich immer bestehen bleibt. Wann kommt es mit Ausnahme von Priestern und Gläubigen schon vor, dass ein Mensch wie im Fall eines Patienten, ohne sein Gegenüber zu kennen, diesem zumeist absolutes Vertrauen für sein weiteres Schicksal schenkt, keine Geheimnisse hat und diesem die intimsten Sorgen und Ängste, aber auch körperliche und psychische Schwächen offenbart, sich diesem wie einem Freund nähert. Einem Buch Intimes anzuvertrauen mag leicht sein, einem Menschen gegenüber sich ganz zu öffnen, fällt viel schwerer.

Die Konvention – man ist ja schon von Kindheit an mit Ärzten vertraut – und das Rollenverhalten, wie im Auftreten eines Arztes im weißen Mantel, erleichtern zwar eine solche Annäherung des Patienten zum Arzt, aber dieses Gegenüber ist für einen Patienten nicht nur Schablone, sondern auch ein Mensch mit Reaktionen verbaler und nonverbaler Art. Ärzte haben es da leichter. Auf den Patienten zuzugehen, ist schließlich ihr Beruf, und sie stellen den ganzen Tag über solche Beziehungen her. Aber jeder Arzt lernt, dass jeder Patient und jede Krankengeschichte anders ist, auch wenn es sich um die gleiche Erkrankung handelt. Ein Unerfahrener würde es nicht für möglich halten, wie unterschiedlich Patienten und Krankheitsverläufe sind. In vielen Fällen wird der Verlauf der Erkrankung nicht von der Krankheit, sondern vom Patienten bestimmt – sowohl durch sein bewusstes wie unbewusstes Handeln.

Eine Besonderheit ist auch die Aufmerksamkeit in einem Arzt-Patient-Gespräch. Kaum je wird auf Nuancen der Sprache und Betonungen so sehr geachtet wie in einem solchen Gespräch. Dies gilt besonders in bedrohlichen Situationen. Wie viele Deutungen lassen

etwa tröstend gemeinte Worte zu – vom Trost bis zu seinem Gegenteil, von Beruhigung bis zur Beängstigung! Auf Grund der hohen Aufmerksamkeit ließe sich schließen, dass diese Gespräche unmissverständlich sind. Aber die Erfahrung – und viele zivilgerichtliche Prozesse – zeigen das Gegenteil. Einer formulierte es überspitzt: Oft ist es, als wenn zwei Fremde in jeweils fremder Sprache miteinander reden (Linus S. Geisler).

Zum einen ist es die Schuld des Arztes – nicht nur wegen seiner häufig schulmedizinischen Ausdrucksweise, sondern auch wegen des Zögerns, bei sich Emotionen zuzulassen. Emotionen sind belastend, und der Schritt zu ihnen auch ein Wagnis, von dem es nicht so leicht ein Zurück gibt. Dies ist besonders der Fall, wenn man unangenehme Mitteilungen machen muss. Einerseits empfindet man Mitleid mit dem Patienten, zum anderen möchte man ihm nicht durch Mitteilungen Schmerzen zufügen.

Beim Patienten wiederum ist es die Angst vor der Krankheit und den damit verbundenen Unannehmlichkeiten, wobei es sich nicht einmal immer um bedrohliche Krankheiten handeln muss. Oft wird man als Arzt mit dem Vorwurf konfrontiert: „Das haben Sie mir nicht gesagt“, obwohl man genau das zuvor mehrmals in verständlicher Weise getan hat. Das in der Angst begründete unbewusste Nicht-Verstehen-Wollen stellt hierfür wohl den häufigsten Grund dar.

Eine Besonderheit im Arzt-Patient-Gespräch liegt auch darin, dass Unehrligkeiten besonders wahrgenommen werden. Sowohl Arzt wie Patient können sich eigentlich nicht verstellen. Eine Unwahrheit wird sofort wahrgenommen.

Wenn sich Ärzte hinter Floskeln verstecken, werden diese als solche von Patienten erkannt und mangelnde Akzeptanz des Arztes ist die Folge. Umgekehrt bemerkt auch der Arzt Ausflüchte des Patienten sehr

rasch. Die Beziehung, die damit eingegangen wird, hat auch zur Folge, dass sie vom Arzt nicht einseitig gelöst werden darf. Sie beinhaltet die Hilfestellung, solange der Patient sie wünscht. In vielen Fällen geht sie im Kontakt mit Angehörigen über den Tod des Patienten hinaus.

Der Kranke erwartet vom Arzt Sicherheit in Diagnose und Therapie. Selbst wenn diese besteht, können ungeschickte Formulierungen an der Kompetenz des Arztes zweifeln lassen. Sätze wie „ich bin mir nicht ganz sicher“ vermitteln Ratlosigkeit, insbesondere in einem frühen Diagnosestadium. Der Satz: „Zu diesem Zeitpunkt lässt sich noch nichts Konkretes sagen“ tangiert dagegen kaum die fachliche Kompetenz des Arztes, sondern bringt lediglich den aktuellen Wissensstand zum Ausdruck.

Solche Unterschiede sind in der alltäglichen zwischenmenschlichen Kommunikation kaum von Relevanz, sie sind jedoch in der besonderen Situation des Patienten-Arzt-Gesprächs überaus bedeutend. Man könnte sogar sagen, dass Sprache hier an Aussagekraft gewinnt, und dass die Bedeutung der Worte in der Situation vermeintlicher oder tatsächlicher existenzieller Bedrohung wie unter einem Vergrößerungsglas wahrgenommen wird.

Nähert man sich dem Arzt-Patienten-Gespräch wissenschaftlich, so sind nach C. Rogers vier Grundhaltungen für den Arzt von Wichtigkeit:

- Empathie als einführendes, urteilsfreies Verstehen
- Nicht-wertende Akzeptanz als das Bestreben, den Patienten so anzunehmen wie er ist
- Nicht-Direktivität als die Absicht des Arztes, keine aufdrängenden Vorschläge zu machen, sondern den Patienten selbst entscheiden zu lassen
- Selbstkongruenz mit der Vermeidung, eine Rolle zu spielen.

Auch die Wichtigkeit der Worte ist wissenschaftlich dokumentiert: Bei Patienten mit Bluthochdruck führte, einer Studie gemäß, der Satz „ich weiß nicht, was mit Ihnen los ist“ nicht nur erst recht zu höherem Blutdruck, sondern auch zu einer höheren Frequenz an Arztbesuchen, als wenn eine andere Formulierung gewählt worden wäre. Auch eine andere Untersuchung ergab, dass der tatsächliche Verlauf des Blutdruckverhaltens davon abhängig war, wie der Arzt die betreffende Prognose formulierte. Eine prospektive Studie an Patientinnen mit Brustkrebs ergab etwa eine Verschlechterung der Lebensqualität bei schlechter Kommunikation zwischen Arzt und Patientinnen. Viele ähnliche Beispiele ließen sich dazu noch anführen.

Nicht nur die persönliche Erfahrung, sondern auch die wissenschaftliche Literatur untermauern die Feststellung M. Balints: „Was von Bedeutung ist, ist nicht nur die Medizin an sich, sondern auch die Art und Weise, wie sie der Arzt verabreicht.“

Er verabreicht sie auch mit Hilfe der Sprache.

Literatur

1. Di Blasi Z, et al. Influence of context effects on health outcomes: a systematic review. *The Lancet* 2001; 757-762
2. Leitfaden für Ärzte und Pflegepersonal *Wr. Krebshilfe* 2007
3. Geisler LS. Das Arzt-Patient-Gespräch als Instrument der Qualitätssicherung, Vortrag 2. Kongress "Qualitätssicherung in ärztlicher Hand zum Wohle der Patienten" 2004
4. Balint M. The doctor, his patient, and the illness. *Lancet* 1955; 683-688
5. Kübler-Ross E. Was können wir noch tun; Knauer Taschenbuch 2003
6. Zapotoczky-Nutzinger. *Psychologie am Krankenbett*, 2. Auflage Beltz Psychologie Verlags Union 1995
7. Rogers CR. *Counselling and Psychotherapy*, Boston, Kindler Studienausgabe 1942

Sprache in der Gesundheits- und Krankenpflege

Marianne Kriegel

Die Kommunikation mit den Patienten stellt eine der Kernkompetenzen in der Gesundheits- und Krankenpflege dar. Obwohl der Einsatz der Sprache zum Alltäglichen des sozialen und gesellschaftlichen Zusammenlebens zählt, zeigen sich im Gespräch zwischen Pflegeperson und Patient mitunter Facetten von unangepasstem Sprachverhalten. Begünstigende Bedingungen dafür sind u.a. die gegebene berufsbedingte Asymmetrie in der Gesprächssituation aufgrund der Rollenkonstellationen, der mitunter große Altersunterschied der Gesprächspartner, das unterschiedliche Wissen, was Pflege und Medizin angeht, und auch Unterschiede hinsichtlich des äußeren Erscheinungsbildes in der Begegnung (z.B. sind Patienten meist nur mit Nachthemd oder Bademantel bekleidet).

Der Autor Linus S. Geisler hat in einer seiner jüngsten Publikationen die Problematik dahingehend angesprochen, dass sich „Unterhaltungen zwischen jüngeren Pflegekräften und älteren Patienten manchmal nicht von Unterhaltungen zwischen Erwachsenen und zweijährigen Kindern unterscheiden. Gerade ältere Menschen werden von Ärzten, Pflegepersonen und Therapeuten mitunter gönnerhaft und herablassend behandelt – ein nicht immer bewusstes Verhalten, das auch als „patronizing“ bezeichnet wird.

Vor allem in der Pflege von alten Menschen und in der Langzeitpflege treten verschiedene Formen von sprachlicher Entmündigung auf, z.B. hin zu einer kindhaften Sprache, aber auch Zeichen von Geringschätzung, was die Aufnahmefähigkeit des Fachwissens betrifft. Auch Grenzüberschreitungen hinsichtlich der Privatsphäre, beispielsweise übertrieben familiäre Anredeformen wie „Oma“ oder „Opa“, sind keine Seltenheit. Allerdings tragen alte Menschen mitunter selbst einen Teil zur Entstehung einer Art „Sekundärer Babysprache“ bei: Sie

passen sich im Sprachstil an, sprechen langsamer und reduzieren ihren Wortschatz – damit entsteht ein gefährlicher Kreislauf aus sprachlicher Entmündigung (Geisler, L., 2008).

In ausführlicher Weise wird diese Problematik von Dr. Svenja Sachweh in ihrem Buch „Noch ein Löffelchen – Effektive Kommunikation in der Altenpflege“ angesprochen. Die Autorin veranschaulicht einerseits den Kontext der Gesprächssituationen mit älteren Menschen in Langzeiteinrichtungen und beschreibt die Auswirkungen typischer Alterserkrankungen auf die Kommunikationsfähigkeiten, und zeigt andererseits anhand echter Gespräche aus dem Pflegealltag auf, wie solche Gespräche mit pflegebedürftigen alten Menschen respektvoll und verständlich gestaltet werden können.

Eine nicht nur in der Altenpflege, sondern generell im Pflegebereich häufig verwendete Sprachgepflogenheit ist das von Sachweh so bezeichnete „Krankenschwester-Wir“. Als Beispiele seien hier nur die häufigen Aussagen während einer Untersuchung genannt (a) „Jetzt beruhigen **wir uns** wieder, es ist schon alles vorbei“ oder (b) „Jetzt müssen **wir** noch den Blutdruck messen“, aber auch die tägliche Frage (c) „Na, haben **wir** heute schon Stuhl gehabt?“ Nach Sachweh verwenden Pflegepersonen die Wörter wir bzw. uns, meinen damit aber entweder den zu pflegenden Menschen – Beispiel (a) und (c) – oder sich selber – Beispiel (b) – und nur in den seltensten Fällen wirklich beide (vgl. Sachweh, S.93).

Die Verwendung des „Krankenschwester-Wir“ tritt laut Aussage der Autorin in Pflegesituationen, welche die Privatsphäre wenig berühren, seltener auf als in Situationen, welche einen sehr privaten Charakter haben, wie die Körperpflege und die Regulierung der Ausscheidungen. „In diesen Fällen

scheint das Krankenschwester-Wir dazu zu dienen, die gepflegte Person wenigstens sprachlich in das Geschehen mit einzubeziehen, obwohl tatsächlich nur die Pflegeperson handelt“ (Sachweh, S. 94). Bemerkenswert ist darüber hinaus die Erkenntnis der Autorin, dass die Häufigkeit der Verwendung des „Krankenschwester-Wir“ mit dem Grad der Pflegeabhängigkeit korreliert. Je hilfloser pflegebedürftige Menschen sind und je weniger sie sich wie gesunde Erwachsene verhalten, umso häufiger kommen sie in den „Genuss“ des Krankenschwester-Wir (vgl. Sachweh S. 96).

Als mögliche Ursachen und Hintergründe für die Verwendung des „Krankenschwester-Wirs“ werden von der Autorin im Wesentlichen drei Argumentationen eingebracht: Erstens der Versuch, die Realität, nämlich die Pflegeabhängigkeit der Patienten, bewusst zu überspielen. Dieser Erklärungsansatz geht von der Annahme aus, dass den Pflegepersonen vermutlich die Tragweite der Pflegebedürftigkeit und Pflegeabhängigkeit bewusst ist und sie auch Gefühle von Ohnmacht und Traurigkeit, die dadurch bei den Betroffenen ausgelöst werden, deutlicher wahrnehmen. Deshalb, so Sachweh, ist es „gut vorstellbar, dass manche der Pflegekräfte gezielt versuchen, die Pflegeaktivitäten als gemeinsame Handlungen darzustellen – auch und gerade in den Fällen, in denen eine Mithilfe (des Pflegebedürftigen) praktisch nicht mehr möglich ist“ (Sachweh, S. 95).

Zweitens die veränderte Wahrnehmung von sehr pflegebedürftigen und alten Menschen, die von den Pflegenden nicht mehr als Erwachsene, sondern als „Wieder-zum-Kind-Gewordene“ gesehen werden. Die Autorin vergleicht das Sprachverhalten der Pflegenden in diesem Fall mit Müttern, die zu ihren Babys sprechen, wenn sie erläutert: „Es kann also sein, dass die Abhängigkeit der alten Menschen und die Ähnlichkeit der Aufgabe (Körperpflege, Entsorgen von Ausscheidungen) dazu führen, dass Pflegepersonen mit ihnen so sprechen, wie sie es vom

Umgang mit ihren Kindern gewöhnt sind“ (vgl. Sachweh, S. 95).

Drittens schließlich - so die Autorin - ist es auch möglich, „dass das Krankenschwester-Wir allein durch die Pflegesozialisation, d.h. durch die Einarbeitung unter der Obhut von erfahrenen KollegInnen verursacht wird“ (Sachweh, S. 96). Durch das Lernen am Modell werden neben pflegerischen Fertigkeiten auch sprachliche Verhaltensweisen kopiert und schließlich eingesetzt. Oft, so Sachweh weiter, werden diese Strategien „ganz unmerklich“ übernommen und „selbst wenn sie z.B. das Krankenschwester-Wir anfangs ablehnen, machen sie später Witze darüber und verwenden es ironisch. In der Regel dauert es nicht lange, bis sie es selber ganz selbstverständlich einsetzen!“ (Sachweh, S. 96).

Schlussbemerkung:

Die kritische Beleuchtung von ausgewählten Situationen des Sprachverhaltens in der Gesundheits- und Krankenpflege soll keineswegs davon ablenken, dass in jedem Fall der respektvolle Umgang mit pflegebedürftigen und älteren Menschen das Wesentliche darstellt, und Respekt zielt in erster Linie darauf ab, den Gesprächspartner in seinen Bedürfnissen ernst zu nehmen.

Literatur:

1. Geisler, Linus S., zit.n. Lechner, C: Gute Kommunikation fördert Therapie-Verlauf. In: Die Presse, Print-Ausgabe, Wien, 25.02.2008
2. Sachweh, Sonja: Noch ein Löffelchen – Effektive Kommunikation in der Altenpflege, Bern 2002