

Behandler und Patienten arbeiten
gemeinschaftlich

Gesellschaftliche und persönliche Vorstellungen
von Arzt-Patienten-Beziehungen ändern sich

Patienten zuzuhören, spart auf Dauer Zeit

Kapitel 1

Alles beginnt mit der Arzt-Patienten-Beziehung

Die Voraussetzung für jedes Patientengespräch bildet die Arbeit zwischen Behandler und Patient – die sogenannte »Arzt-Patienten-Beziehung«. Obwohl sie sich seit Anbeginn der Medizingeschichte fortlaufend weiterentwickelt, blieben gewisse Erwartungen sowie Werte stets gleich: So wurde der Austausch von allein medizinischen Inhalten bereits in der Antike *nicht* als einzig sinnige Aufgabe eines Behandlers (an-)erkannt. Neben einem hohen Maß an Verantwortung forderte man sprachliches sowie zwischenmenschliches Geschick im Umgang mit Patienten von ihm. Der Kranke galt dagegen als unwissender Schützling, dessen leibliches sowie seelisches Wohlergehen unter allen Umständen zu fördern sei.

Die Arbeit eines jeden Behandlers kann *nicht* ohne den Kontakt zum Patienten erfolgen. Je nach Anlass verlaufen Patientengespräche unterschiedlich – manche kurz, routiniert und sachlich, andere hingegen anspruchsvoller, ausgiebiger und persönlicher.

Die Arzt-Patienten-Beziehung im Wesentlichen

Beschränkt man den Begriff »Arzt-Patienten-Beziehung« auf das Wortwörtliche, so betitelt er am ehesten eine der gängigsten Umgangsformen innerhalb des Gesundheitswesens: die Zusammenarbeit zwischen Arzt und Patienten. Arzt-Patienten-Beziehungen bezeichnen allerdings nicht ausschließlich die Tätigkeit von Ärzten, sondern schließt ebenfalls die von Behandlern aus anderen Gesundheitsberufen ein. Da die kurze Begriffserläuterung noch nicht erklärt, was den Kontakt zwischen einem Fach- und Nichtkundigen ausmacht,

schauen Sie sich dazu einige der vielen komplexen Bausteine näher an, aus denen er sich zusammensetzt:

- ✓ Eine sich ergänzende Rollenverteilung, in der der Heilberufler den Hilfe suchenden Laien berät und behandelt.
- ✓ Patientengespräche machen den Hauptanteil der Zusammenarbeit aus.
- ✓ Beide Parteien treffen persönliche Entscheidungen, bei denen Sachlichkeit wie auch Zwischenmenschlichkeit von Bedeutung sind.
- ✓ Aufgrund seiner Ausbildung und Erfahrung wird dem Behandler eine größere Entscheidungsberechtigung sowie Verantwortlichkeit zugesprochen.
- ✓ Kulturelle, ökonomische, soziale, technische und wissenschaftliche Einflüsse geben der Zusammenarbeit sich stetig wandelnde Rahmenbedingungen vor.

Sowohl individuelle als auch kollektive Vorstellungen wirken sich fortlaufend auf die Zusammenarbeit von Gesundheitsanbietern und Hilfesuchenden aus. So hat sich der Informationsstand der Patienten seit dem Zugang zum Internet oder zu Selbsthilfegruppen maßgebend verändert. Gleichzeitig erwarten sie mehr Kundenorientierung und fassen die Behandlung mittlerweile vielmehr als Dienstleistung auf. Solche Dienstleistungen können je nach Beruf oder Fachgebiet folgendermaßen aussehen:

- ✓ Ausstellung von Anträgen, Attesten, Rezepten und Ähnlichem
- ✓ Begleitung und Hausbesuche
- ✓ Ein- und Überweisungen zu Kliniken, Praxen oder anderen Versorgungseinrichtungen
- ✓ Fachkundige therapeutische Aufklärung sowie Behandlungen
- ✓ Kontaktaufnahme zu beziehungsweise Vermittlung an Weiterbehandler
- ✓ Pflegerische Anwendungen
- ✓ (Video-)telefonische Beratungen

Die Dienstleistung einschließlich des daran gebundenen Patientengesprächs richtet sich vorrangig nach dem Anliegen des Patienten; beispielsweise erfordert die Betreuung von noch unbekannten Besuchern eine weitaus tiefer gehende Gesprächsführung und damit ebenfalls mehr Zeit als die einfache, rein formelle Ausstellung von Wiederholungsrezepten für bereits bekannte Patienten.

Grundsätzlich wird der Arzt-Patient-Beziehung ein erheblicher Einfluss auf den Krankheitsverlauf, Gesundungswillen sowie Behandlungserfolg zugeschrieben: Kooperiert ein Patient nicht, können therapeutische Maßnahmen erfolglos bleiben. Daher ist eine wichtige Aufgabe des Behandlers, neben treffenden Diagnosen zu stellen und passenden Therapien durchzuführen, seinen Patienten zur Behandlungstreue anzuspornen. Wie sich die Beziehung langfristig entwickelt, hängt größtenteils von Gesprächen ab. Dabei nehmen *beide* Parteien mit ihren teils unbewussten Vorstellungen gleichermaßen Einfluss auf das Geschehen.

Im Vergleich: Gute und schlechte Arzt-Patienten-Beziehungen

Letztlich gibt es nicht die eine Definition davon, wie eine gute oder schlechte Arzt-Patienten-Beziehung tatsächlich aussieht. Dennoch lassen sich gewisse Erkennungsmerkmale erfassen, die in unserer Gesellschaft weitreichend übereinstimmend bewertet werden (siehe Tabelle 1.1).

Der Behandler verhält sich gut, wenn er	Der Patient verhält sich gut, indem er
✓ den Wert anderer Heilberufe und deren Anteil an der Behandlung anerkennt. ✓ die emotionalen Bedürfnisse des Patienten erkennt und darauf eingeht. ✓ ehrliches Interesse daran zeigt, dass sich Patienten am Behandlungsort wohlfühlen. ✓ vor- als auch nachbereitend Einfluss auf den respektvollen Umgang der Mitarbeiter mit Patienten nimmt. ✓ Verantwortung für all seine Handlungen und die seiner Belegschaft übernimmt, anstatt sich mit Ausflüchten zu winden.	✓ erst mal mit einem Ansprechpartner arbeitet, anstatt regelmäßig neue aufzusuchen. ✓ dem Behandler sowie dessen Mitarbeiter wertschätzend begegnet. ✓ den Behandlungsort ordentlich, sauber und ohne Störungen der Abläufe verlässt. ✓ die Klinik oder Praxis unvoreingenommen oder zumindest mit realistischen Erwartungen betritt. ✓ Rücksicht auf die Grenzen, das Wohlbefinden und die Zeit aller am Behandlungsort Anwesenden nimmt.
Der Behandler verhält sich schlecht, wenn er	Der Patient verhält sich schlecht, indem er
✗ aufgrund seiner mangelhaften Fähigkeiten in der Gesprächsführung fehlerhafte Diagnosen und Therapien stellt. ✗ Behandlungen und Untersuchungen wortlos ohne Erklärungen durchführt. ✗ dem Handeln seiner Mitarbeiter gleichgültig gegenübersteht. ✗ die unzureichende Fachkenntnis des Patienten übergeht. ✗ Patienten wegen Antipathien, Sympathien oder auch des Versicherungsstatus unterschiedlich gewissenhaft versorgt.	✗ den Behandler durch zweifelhaft eigennützige Bitten beziehungsweise Forderungen in Gewissenskonflikte bringt. ✗ den Behandler für unerfüllte Wünsche mit einer schlechten Bewertung bestraft. ✗ Internetrecherchen über das Können und Wissen des Heilberufers stellt. ✗ sich nicht eigenverantwortlich an seiner Genesung beteiligt. ✗ ungeachtet jeglicher Nachteile für die Mitarbeiter oder andere Patienten die Zeit des Behandlers vereinnahmt.

Tabelle 1.1: (Un-)angemessene Verhaltensweisen von Behandlern und Patienten

Ob Behandler oder Patient – jeder hat eine eigene Meinung dazu, was in Patientengesprächen sinnvoll ist und was nicht. Nicht selten unterscheiden sich die Sichtweisen dazu voneinander. Doch sobald ein Behandler *selbst* die Rolle des Patienten einnimmt, kann sich seine Haltung mit dem Rollenwechsel verändern. Andersherum genauso.

Erkennungsmerkmale einer guten Arzt-Patienten-Beziehung

Hier finden Sie zunächst allgemeinere Gesichtspunkte, die als bereichernd beziehungsweise vorteilhaft für das Verhältnis zwischen Behandlern und Patienten gelten:

- ✓ Aneinander angepasstes Sprachniveau und den anderen aussprechen lassen
- ✓ Anpassungsfähigkeit und Bereitschaft zur Übernahme von Verantwortung
- ✓ Die eigene, möglicherweise negative Stimmung nicht am anderen auslassen
- ✓ Die Gesundheit steht über Einnahmen oder Kosten
- ✓ Einladende Räumlichkeiten
- ✓ Einvernehmliche, nicht eigennützige oder rücksichtslose Zielsetzungen
- ✓ Gemeinschaftliche Zusammenarbeit sowie Respekt füreinander
- ✓ Gleichwertige Betrachtung des anderen
- ✓ Grundsätzliches Interesse an der Verbesserung der Umstände
- ✓ Individuell an den Patienten ausgerichtete Diagnostik und Therapie
- ✓ Keine bis wenig Hemmungen, aufwühlende Gesprächsinhalte anzusprechen
- ✓ Offenheit, Kritikfähigkeit und Lösungsorientierung
- ✓ Pünktlichkeit und Zuverlässigkeit, kein spürbarer Zeitdruck
- ✓ Sympathie und gleichzeitig eine gute fachliche Qualität
- ✓ Therapietreue und -erfolg
- ✓ Unaufdringlichen Blickkontakt halten
- ✓ Verständnis für und Vertrauen in den anderen
- ✓ Vertraulicher Umgang mit dem Besprochenen

Einige der hier aufgezählten Punkte mögen Ihnen als selbstverständlich erscheinen. Doch scheitert es leider oft an ihrer Umsetzung beziehungsweise Einhaltung.

Erkennungsmerkmale einer schlechten Arzt-Patienten-Beziehung

Sehen Sie die folgenden Stichpunkte als ernst zu nehmende Warnzeichen dafür an, dass sich Grundlegendes an der Beziehung zwischen Behandlern und Patienten zum Positiven verändern sollte.

- ✗ Den anderen mit Problemen belasten, die ihn nicht betreffen
- ✗ Die Absicht, den anderen beziehungsweise die Zusammenarbeit auszunutzen
- ✗ Kein Einfühlungsvermögen oder Verständnis für die Lage des anderen
- ✗ Keine Einigkeit beziehungsweise nur schwer zu vereinbarende Erwartungshaltungen
- ✗ Keinerlei Verständnis oder Wertschätzung für den anderen
- ✗ Mangelnder Respekt
- ✗ Romantische und/oder sexuelle Absichten
- ✗ Ungemütliche Räumlichkeiten
- ✗ Unpünktlichkeit, Unzuverlässigkeit
- ✗ Unüberwindbare Sprachbarrieren
- ✗ Vertreten eigennütziger Interessen, insbesondere zulasten des jeweils anderen
- ✗ Wenig Bereitschaft, Verantwortung zu übernehmen
- ✗ Wiederholte Missverständnisse
- ✗ Zu hohes wirtschaftliches Interesse; der Patient möchte um jeden Preis Geld sparen, der Behandler möglichst hohe Einnahmen erzielen
- ✗ Zu wenig Sachlichkeit, kein Spielraum für konstruktive Ideen und/oder Kritik
- ✗ Zulassen von Ablenkungen und Unterbrechungen während der Besprechung

Nun haben Sie einige der wesentlichen Merkmale von »guten« sowie »schlechten« Arzt-Patienten-Beziehungen aus gesellschaftlicher Sicht kennengelernt.



Fotografieren, kopieren Sie die beiden Auflistungen oder nehmen Sie das ganze Buch mit zu Ihrem Arbeitsplatz. Dort vergleichen Sie dann, welche der Punkte auf Ihre Patientenarbeit zutreffen. Entscheiden Sie anschließend, was Sie beibehalten oder verändern möchten.

Keine Arzt-Patienten-Beziehung ohne Patientengespräche

Patientengespräche finden üblicherweise in folgender Form statt:

✓ Alltags- und Arbeitsgespräche	✓ Gedankenaustausche
✓ Ab- und Aufklärungen	✓ Konfliktgespräche
✓ Auseinandersetzungen	✓ Persönliche sowie wissenschaftliche Erfahrungsberichte
✓ Diskussionen	✓ Problem-Lösungsgespräche
✓ Frage-Antwort-Sequenzen	✓ Sachbezogene Kurzgespräche



Im Zuge von Digitalisierung und Globalisierung verändern sich Bedürfnisse und Gewohnheiten. Das wirkt sich auf Patientengespräche aus. So nehmen einige Patienten gerne (Video-)Telefonate oder andere digitale Kommunikationsformen für den Kontakt mit ihren Behandlern in Anspruch. Diese dürfen allerdings nicht den direkten, persönlichen Kontakt vollständig ersetzen.

Nach den auf medizinische Psychologie spezialisierten Wissenschaftlern Julian Bird und Steven Arthur Cohen-Cole haben Patientengespräche auch unabhängig vom persönlichen Anliegen des Hilfesuchenden grundsätzlich diese Ziele zu verfolgen:

- ✓ Eine Beziehung aufbauen, beibehalten und erfolgreich abschließen
- ✓ Die Ursachen des Problems ermitteln und dessen Verlauf überwachen
- ✓ Behandlungspläne anfertigen und Informationen vermitteln

Egal, wie fordernd der Umgang mit einigen Patienten auch sein sollte, der berufliche Erfolg des Behandlers hängt nicht unwesentlich vom Erfolg seiner einzelnen Gespräche ab. Mit »Gesprächen« ist nicht gemeint, dass ein Patient nur schnell ein Rezept verschrieben bekommt und am besten noch schneller die Praxis wieder verlässt; selbst oder gerade mit *Stammpatienten* sollten Sie sich regelmäßig gründlicher unterhalten. Denn im Alltagstrott können Sie so manches übersehen.

Für den Behandler sind Patientengespräche sachlicher Teil seiner Arbeitsroutine. Für den Patienten sind sie wiederum eher seltenere, persönliche Erfahrungen, von denen er sich Unterstützung zu seinem Problem verspricht. Obwohl er mit seinem Anlass zur Kontaktaufnahme gewisse Rahmenbedingungen vorgibt, sollten bestimmte Abläufe und Ziele stets erfüllt oder zumindest beachtet werden: Zum einen erfordert jede Begegnung vom Behandler, pauschale Vorgaben einzuhalten, zum anderen soll er sich *anpassungsfähig*, flexibel auf Individuen einlassen. Das ist nicht immer eine einfach zu bewältigende Herausforderung. Eine geübte Ausdrucksweise samt Körpersprache reicht dafür nur teilweise. Bedürfnisse und Erwartungen zu kennen, der Ruf des Arbeitsplatzes und selbst die Wahl der eigenen Kleidung tragen indirekt zum Gesprächsverlauf bei.

Patientengespräche früher und heute

Vorstellungen von der Arzt-Patienten-Beziehung sind vermutlich ebenso alt wie die Medizin selbst. Im Laufe der Geschichte wurde das Verhältnis zwischen Arzt und Patient wiederholt neu diskutiert und entsprechend definiert – so auch heute. Dafür ist nicht nur die wissenschaftliche Entwicklung der Medizin, sondern sind ebenfalls kulturelle und rechtliche Reformen verantwortlich. So setzen regelmäßig überarbeitete Gesundheitskonzepte zusammen mit den zeitgenössischen Forderungen der Gesellschaft immer wieder neue Maßstäbe; die Vorstellungen von einer gelungenen Zusammenarbeit sind demnach stark von den Normen einer Epoche abhängig.

Patientengespräche in der Antike

Etwa 460 – 370 vor Christus soll Hippokrates geistige sowie körperliche Hygiene, analytisches Denken, Empathie und persönliche Integrität vom Mediziner gefordert haben. Er sah ihn in der Verantwortung, alle therapeutischen Handlungen auf sorgfältige Beobachtung, Befragung als auch interaktiver Untersuchung zu stützen. Hippokrates' Definition der ärztlichen Tätigkeit machte den Behandler zum nahezu Alleinverantwortlichen für den Verlauf von Patientengesprächen. Auf seinen Wertvorstellungen beruht der »Hippokratische Eid«, der fast 2000 Jahre als berufliche Richtlinie für Mediziner galt.

Patientengespräche in der Nachkriegszeit

1948 löste das Genfer Gelöbnis den Eid des Hippokrates ab, der als symbolische, traditionelle Vorlage diente. Das Gelöbnis hielt fest, dass

- ✓ das Wohl des Kranken
- ✓ die Abwendung von Schaden
- ✓ die Erhaltung des Lebens
- ✓ die Würde des Menschen
- ✓ Vertrauenswürdigkeit

unter allen Umständen vom Mediziner zu wahren sei. Darüber sollte es eine hochwertige, menschenwürdige Versorgung von Patienten sichern. Warum war das notwendig? Einerseits galt es, veraltete Regelungen an den Zeitgeist anzugleichen: Zum Beispiel war Ärzten das operative Entfernen von Blasensteinen ursprünglich untersagt und stattdessen ausschließlich Steinschneidern vorbehalten. Mit dem Beruf des Urologen wurde dieses Verbot jedoch hinfällig. Andererseits gaben zu viele an die Öffentlichkeit herangetragene Beschwerden über Ärzte, die ihre Macht sowie besondere gesellschaftliche Stellung *missbrauchten*, einen weiteren Anlass zur Verschärfung der Richtlinien.

Mit jeder Anpassung des Arzt-Patienten-Verhältnisses veränderten sich die Bedingungen für eine angemessene Gesprächsführung: Hatte der Patient zuvor noch die vermeintlich willkürlichen Entscheidungen seines Behandlers ohne jegliche Beanstandungen oder gar Zweifel hinzunehmen, wurde nun auch seine Vorstellung stärker berücksichtigt. Folglich gewann neben dem körperlichen nun auch das *seelische Wohl* der Patienten an höherem Stellenwert.

In den 1950ern erwartete der amerikanische Soziologe Talcott Parsons vom Mediziner, dass er die Entscheidung über krank und gesund fällt. Zudem sollte er jeden Menschen gleichermaßen fachlich kompetent und menschenfreundlich therapieren. Dies schließe sowohl Krankheitsvor- und -nachsorge als auch die emotionale, soziale Versorgung ein. Die Rolle des Patienten sah Parsons eher gegensätzlich zu der des Behandlers: Der Kranke wurde aufgrund seines Zustands von gewissen Verantwortlichkeiten entbunden, solange er zumindest einen klaren Willen zur Gesundung zeige.

Patientengespräche in der (Post-)Moderne

In den 1980er-Jahren wurde das seither bestehende Ungleichgewicht in der Rollen- sowie Verantwortlichkeitsverteilung kritisch hinterfragt – jedoch nicht ausschließlich zugunsten der Patienten. Auch Behandlern widerfuhr nun Zugeständnisse. So legte der Soziologe Johannes Siegrist neue Kriterien für die Zusammenarbeit innerhalb der Arzt-Patienten-Beziehung fest:

- ✓ Behandler sind weder alleinmachende Reparateure noch anordnende Vormunde.
- ✓ Ethische Grenzen sind zu wahren und soziale Ungleichheit zu verringern.
- ✓ Kranke sind über Beratungen zur Mitarbeit zu ermuntern.
- ✓ Therapeutische Grenzen und Möglichkeiten sind ausdrücklich zu besprechen.

War der Mediziner ursprünglich noch Ermittler, Moderator und Richter in einem, solle er heute als gleichberechtigter Partner mit dem Patienten zusammenarbeiten. Mit dem neuen Maß an Mitbestimmung wuchs ebenso die Mitverantwortung des Kranken für seinen Behandlungserfolg.

Vor allem in den letzten zwei Jahrzehnten hat sich das Gesundheitsversorgungssystem in Deutschland erheblich verändert: Durch die Fortschritte in der Medikamentenentwicklung und Medizintechnologie, die zwar auch aus wirtschaftlichem Interesse vorangetrieben werden, haben sich Behandlungsmöglichkeiten enorm vervielfacht. Nicht nur können schwerwiegende oder bislang unerkannte Krankheiten weitreichender untersucht sowie therapiert werden, darüber hinaus sind die neuen Maßnahmen und Mittel nun *zugänglicher* für viele Menschen. Zusätzlich sorgen gesellschaftliche Bewegungen wie Reformen im Bildungswesen und die Gleichstellung der Frau für noch mehr Vielfalt in Arzt-Patienten-Verhältnissen. Da eine Vielzahl von Heilberuflern ihre Arbeitsbedingungen seit Langem beklagt, sollen die angestrebten Verbesserungen gleichermaßen Patienten wie Behandlern zugutekommen.

Das Märchen vom Mediziner im Wunderland

Es war einmal ein Kaninchen im weißen Kittel, das jeden seiner Patienten täglich fragte: »Na, wie geht es uns denn heute?« – dürftige Witze über Mediziner und ihre Gesprächsführung gibt es zu Genüge. Doch leider sind einige dieser Witze widersinnige Wirklichkeit. Über verschiedenste Medien beklagen Patienten immer wieder, dass sie sich nicht ernst genommen fühlen. Stattdessen würden sie von ihren Behandlern unter Druck gesetzt. Derartige Beschwerden finden Sie in allen sozialen Schichten sowie Teilen der Welt – auch in Ihrem Umfeld. Der am häufigsten genannte Grund für eine unzureichende Patientenversorgung: *keine Zeit*.

Noch vor allem anderen sollte ein Behandler im Termin mit seinem Patienten eines tun: *Zuhören*. Denn ohne zureichendes Verständnis von Hintergründen und Zusammenhängen kann keine treffende Diagnose, geschweige denn Behandlung folgen.



Studienergebnisse aus Deutschland und Österreich zeigen, dass Patienten beim Arztbesuch schon nach durchschnittlich 15 Sekunden unterbrochen werden. In 50 Prozent der Fälle wendet sich der Behandler sogar vom Gegenüber ab, indem er Nebentätigkeiten ausführt, wie die Karteikarte zu lesen oder den Computer zu bedienen. Prof. Ulrich Schwantes vom Hausärzterverband Brandenburg leitete eine ähnliche Studie, in der 500 Patientengespräche näher untersucht wurden. Deren Auswertung ergab, dass die Hilfesuchenden ihr Anliegen höchstens 90 Sekunden lang schildern durften, in der Regel aber schon weitaus früher unterbrochen wurden – viele Mediziner redeten ihren Patienten schon nach 10 bis 20 Sekunden dazwischen (siehe Abbildung 1.1).

Wie sieht die Redezeit in Patientengesprächen üblicherweise aus?

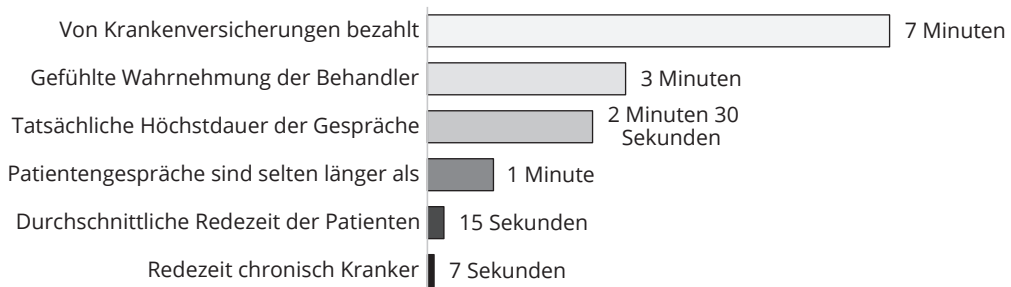


Abbildung 1.1: Redezeit von Patienten

Als die Behandler ihre Gespräche selbst einschätzen sollten, gaben sie an, ihren Patienten bis zu drei Minuten zugehört zu haben. Tatsächlich dauerten aber *nur wenige* der Gespräche überhaupt insgesamt 150 Sekunden.

Zweifelsohne stellt dies nicht mehr als eine Stichprobe dar. Dennoch bestätigen derartige Untersuchungen, dass die *subjektive* Zeitwahrnehmung von der tatsächlich vergangenen Zeit stark abweichen kann.

Reden ist Silber, Zuhören ist Gold

Medizinische Ausbildungen werden grundlegend immer differenzierter und weitreichender. Dennoch bleibt die Förderung von dialogischen und psychosozialen Fähigkeiten dabei nicht selten auf der Strecke.



Ein Wiener Feldversuch prüfte, ob Mediziner zunächst 60 Sekunden am Stück zuhören können. War dies der Fall, stieg die Zufriedenheit der Hilfesuchenden nachvollziehbar an. Ein Drittel der Patienten gab an, dass sie sich durch ihren Behandler ausreichend aufgeklärt fühlten; die anderen zwei Drittel kritisierten, dass sie nur etwa *die Hälfte* der Auskünfte zur Diagnose und Therapie verstanden, wovon sie wiederum *nochmals* die Hälfte nach etwa 30 Minuten vergaßen. So konnten sie sich letztlich nur einen Bruchteil des Patientengesprächs merken (siehe Abbildung 1.2).

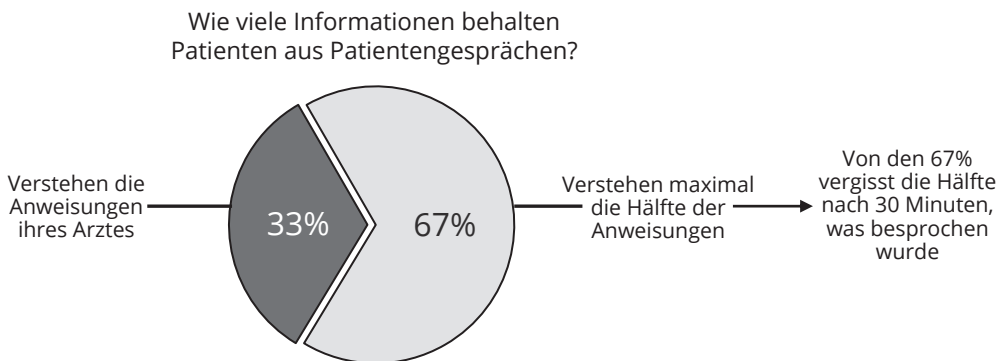


Abbildung 1.2: Aufklärungsdefizit in Patientengesprächen

Mangelhafte Kommunikation hat Nachteile für die persönliche Befindlichkeit des Patienten, seinen Behandlungsverlauf und letztlich für die gesamte Arzt-Patienten-Beziehung. Aufgrund des eher unaufmerksamen Zuhörens ziehen Behandler nämlich fälschliche Schlüsse, die dann zu Fehldiagnosen als auch entsprechenden Fehlbehandlungen führen. Auch die von Behandlern oft beklagte fehlende Therapietreue ist nach Studien auf die verbesserungswürdige Arzt-Patienten-Kommunikation zurückzuführen. So sollen sich weniger als die Hälfte der Patienten an therapeutische Anordnungen halten.



Neben dem Wunsch nach Behandlung ist ein *Hauptanliegen* der Patienten, von ihrem Behandler ernst genommen zu werden. Wird die anfängliche Auskunftsbereitschaft des Patienten zu früh unterbrochen, kann nur schwer Vertrauen geschaffen werden und *keine* sachgerechte Anamnese erfolgen.

Behandler in der Zwickmühle

Die beklagte Ungeduld der Behandler macht die Begegnung nicht nur für Patienten zu einer unschönen Erfahrung. Sie verdeutlicht ebenfalls, wie stark die Heilberufler unter Druck stehen. Aufrufe, Demonstrationen, Streiks und Umfragen zeigen, dass auch sie mit ihren Arbeitsbedingungen zu kämpfen haben. So sind mangelhafte Patientengespräche einerseits durchaus der hohen Arbeitsbelastung der Behandler samt der fehlenden Zeit geschuldet. Andererseits richten Patienten vermehrt zu hohe, beinahe unerfüllbare Erwartungen an das Gesundheitspersonal.

Gesellschaftliche, rechtliche sowie wirtschaftliche Vorgaben wirken massiv auf das Gesundheitswesen ein: Die Sprechstundenzeit gilt eigentlich immer als zu kurz – jedenfalls aus Sicht der *Nichtbehandler*. Dass zur Praxistätigkeit neben Sprechstunden noch viele andere Aufgaben gehören, bleibt für sie meist *unsichtbar*. Trotzdem fordert die Politik, dass Mediziner ihren Patienten anstelle von 20 nun 25 Sprechstunden anbieten. Dass sich die Qualität der Patientengespräche dadurch jedoch *nicht* gleich verbessert, sollte klar sein. Denn erzwungene Maßnahmen tragen genauso wenig zum wertschätzenden Miteinander bei wie indirekte Schuldzuweisungen oder Vorwürfe.

Auch wenn Zuhören Gold wert ist, bleibt Nichtstun nichts

Verschiedene Studien belegen, dass Patienten nicht wirklich über ihre Behandlung Bescheid wissen. Selbst aus Krebsstudien der Düsseldorfer Universitätsklinik geht hervor, dass eine Mehrzahl von Tumorkranken kritisiert, *weder* ihre Labor- und Untersuchungsergebnisse *noch* die Antworten auf ihre Rückfragen zu verstehen. Und noch mehr von ihnen bemängeln, dass ihnen zum Zeitpunkt der Operation nicht einmal bewusst war, an einem bösartigen Tumor zu leiden. *Bevor* es erst zu solch schwerwiegenden Missverständnissen kommt, fragen Sie Ihre Patienten sowohl pro-aktiv, was sie verstanden haben, als auch beim Wiedersehen, was sie behalten haben. Gehen Sie nicht achtlos davon aus, dass sie schon irgendwie zurechtkommen. Nehmen Sie die Lage der (nicht-ausgebildeten) teils überforderten Kranken ernst. Wiederholen Sie lieber etwas einmal zu oft, als dass Sie eine Verständnislücke beim Patienten übersehen.



Anstatt möglichst viele Informationen möglichst schnell auszusprechen, teilen Sie sie sich durchdacht auf; das Wichtigste zuerst. Dann arbeiten Sie sich schrittweise vor. Fragen Sie Ihre Patienten zwischendurch, nicht »ob«, sondern »was« sie verstanden haben.

Einige Patienten brauchen einen ausdrücklichen Hinweis, sich um den Bezug von Kranken- oder Pflegegeld oder um andere unterstützende Maßnahmen zu kümmern. Sehen Sie Ihre Arbeit also bitte nicht mit abgeschlossener Behandlung als getan. Als Gesundheitsversorger sollten Sie wissen, dass sich die *Lebensqualität* eines Menschen direkt auf seine Gesundheit auswirkt – und umgekehrt. Leidet das eine, leidet auch das andere. Schauen Sie hin, in welchen Angelegenheiten Ihr Patient Unterstützung benötigt, und geben Sie ihm Tipps, an wen er sich damit wenden kann.

Gute Gespräche als Zeichen guter Arbeit

Viele Mediziner äußern ihre Auskünfte in unverständlicher Fachsprache. Dadurch erreichen sie den nicht medizinisch ausgebildeten Gesprächspartner nur schwer – geschweige denn überzeugen ihn. Scheinbar gelingt es besagten Behandlern immer noch nicht, ihr erlerntes Fachvokabular in eine patientengerechtere, verständlichere Sprache zu übersetzen. Die Gründe dafür reichen nach Ronald Mark Epstein von dem Bestreben nach persönlicher Abgrenzung bis hin zu zweifelhaften Eitelkeiten bezüglich der Selbstdarstellung.

Ein Großteil der Mediziner versteht *überholtes elternhaftes Bevormunden* weiterhin als angemessene Umgangsform. Sie setzen auf *blindes Arztvertrauen*, obwohl viele der über das Internet informierten Patienten bloße Anordnungen nicht mehr hinnehmen. *Zeitgemäße Patientengespräche* sind auf den mündigen Patienten als Partner beim Weg seiner Gesundheit und eine entsprechend gleichberechtigte, gleichwertige Beziehung ausgerichtet. Diese spricht dem Patienten einen großen Teil an *Eigenverantwortlichkeit* zu. Insofern gilt eine an den Besucher angepasste Sprache auch als ein nennenswertes Kennzeichen für einen guten Behandler.

An Worten zu sparen, spart nicht immer Zeit

Einige Behandler schaffen es, ihre Ausführungen knapp und verständlich auf den Punkt zu bringen. Gleichzeitig gelingt es ihnen, Patienten respektvoll, schmeichelhaft von unnötigen Abschweifungen abzuhalten. Somit müssen eine gute Gesprächsführung und Zeit sparen einander *nicht* ausschließen.



Ein *Trugschluss* im Zusammenhang mit dem Dilemma »Zeit sparen auf Kosten der Kommunikation«: Der übermäßige Gebrauch von medizinischer Fachsprache beschwört Miss- und Unverständnis geradezu herauf, anstatt Besprechungen zu verkürzen. Wehmütige Anekdoten aus dem eigenen Leben oder Zitate aus Fachbüchern verkürzen die Unterhaltung ebenso wenig.

Neben der subjektiven Zeitwahrnehmung oder der missverständlichen Sprache ist ein nicht unwesentlicher Grund für den Zeitmangel auch die Massenabwicklung von Patienten: Ob in Kliniken oder Praxen – immer öfter treffen zu viele Besucher gleichzeitig innerhalb derselben Sprechzeiten ein. Das kann unter anderem an der gesellschaftlichen Entwicklung liegen, dass Leute vermehrt therapeutische Hilfe suchen, oder an einer schlecht geordneten Terminplanung.

Sich für jeden Einzelnen gleich viel Zeit zu nehmen, ist natürlich nicht möglich. Denn das hätte zwangsläufig untragbare Wartezeiten zur Folge, über die sich die Betroffenen ebenfalls beklagten. Dennoch scheint einigen Kliniken und Praxen dieser Anspruch durchaus zu gelingen: Weder hetzen sie ihre Patienten noch müssen diese lange warten. Wie geht das?

- ✓ Ausführlich strukturierte organisatorische Abläufe
- ✓ Deutliche und klare Absprachen unter Mitarbeitern als auch mit Patienten
- ✓ Keine »Massenabwicklung« von Besuchern
- ✓ Termine werden sorgfältig geplant und eingehalten

- ✓ Zwischen Terminen wird ausreichend Gleitzeit einberechnet
- ✓ Unangekündigte Besuche werden hinten angestellt
- ✓ Notfälle werden an Notaufnahmen verwiesen

Man kann nicht jedem Menschen gerecht werden. So darf es auch zu Verzögerungen und anderweitigen Ausnahmen kommen. Diese sollten jedoch wirklich Ausnahmen bleiben, nicht die Regel sein.

Lösungsansätze für allgemeine Probleme in Patientengesprächen

Um dem Problem der zu zügigen Abfertigung von Patienten entgegenzuwirken, sollte die durchschnittliche Zeit von knapp sieben Minuten, die einem gesetzlich Versicherten im Patientengespräch zur Verfügung steht, verlängert werden. Wiederum sieht die Lage Privatversicherter sowohl in Arztpraxen als auch Ambulanzen oder bei Krankenhaus- und Kuraufenthalten oftmals anders aus:

Privatversicherte

- ✓ erhalten schneller beziehungsweise früher Termine
- ✓ werden ausführlicher beraten und aufwendiger versorgt
- ✓ haben mehr Möglichkeiten auf Mitbestimmung bei ihrer Behandlung

Finanzielle sowie personelle Engpässe erschweren, die Arbeitsbedingungen im Gesundheitswesen zu verbessern. Außerdem hat Patientenorientierung noch keinen ausreichend hohen Stellenwert, um als wirtschaftlich genug angesehen zu werden: »Der, der Hilfe braucht, kommt so oder so.«



Anstatt auf notwendige, aber nicht absehbare Fortbildungen, Gehaltserhöhungen oder Reformen zu warten, können auch kleine Veränderungen im Arbeitsalltag zu besseren Umständen beitragen:

- ✓ Genügend Gleitzeit zwischen Sitzungen einplanen
- ✓ Grundsätzlich Patienten digitale Kommunikationsmittel anbieten
- ✓ Keine Massenabwicklung von Patientengesprächen
- ✓ Neue beziehungsweise unangekündigte Besucher bitten, Termine zukünftig im Voraus anzufragen
- ✓ Patienten an andere Behandler weiterleiten, die mehr Zeit zur Verfügung haben
- ✓ Patienten im Vorfeld digitale (Symptom-)Fragebögen ausfüllen lassen
- ✓ Terminausfälle nutzen, um Bürokratisches zu erledigen oder (Video-)Telefonate zu führen

Da vermeintliche Patentrezepte selten greifen, lassen sich die Probleme in der Patientenarbeit nur schwer verallgemeinernd lösen. *Trotzdem gilt:* Zuhören schließt ein gutes Zeitmanagement nicht aus. Das ist lediglich eine Frage der Übung. *Und:* Den akuten finanziellen Gewinn anzustreben bringt nichts, denn Patientenunzufriedenheit rentiert sich auf Dauer nicht.



Möchten Sie möglichst viele Patienten so einigermaßen versorgen oder möglichst jede Behandlung als rundum bereichernde Erfahrung gestalten? Je nachdem, zu welcher Antwort Sie gelangen, wird sich Ihre Vorstellung von einem erfolgreichen Patientengespräch ändern.