

# Problem Kommunikation Arzt-Patient

**Dr. med. Carola Riedner**

Palliativmedizin – Psychotherapie, Onkologische Praxis im Elisenhof, München

Die Kommunikation zwischen Arzt und Patient ist der Dreh- und Angelpunkt gelungener palliativmedizinischer Versorgung.

Kommunikation und Ethik haben in der Palliativmedizin ihren besonderen Stellenwert durch die großen Herausforderungen, die entstehen, wenn ein Mensch mit seinem Lebensende konfrontiert wird. (Klaschnik, 2000).

Kommunikation (lat. communicare) heißt „in Verbindung stehen“, „teilen“, „etwas gemeinsam haben oder sein“.

Kommunikation hat ganz generell mit der Informationsübermittlung gemein, dass eine „Botschaft“ transportiert wird. Während es sich bei der einseitigen Vermittlung von Informationen um eine Form des „Sprechens zu“ dem Patienten handelt, vollzieht sich Kommunikation als ein „Sprechen mit“ dem Patienten. Kommunikation geschieht durch wechselseitiges Sprechen, Zuhören und Verstehen beider Seiten, wobei Informationen hin und her transportiert werden.

Die Worte selber, die verbalen Signale, machen nur 7% der Wirkung von Kommunikation aus. Das Verbalverhalten, die vokalen Signale, worunter Stimme, Lautstärke, Tonfall, Sprechgeschwindigkeit und Pausen beim Reden gerechnet werden, sind für 38% des Kommunikationsgeschehens verantwortlich, wohingegen dem Gesprächs-Kontext, den non-verbalen Signalen wie Körperhaltung, Handbewegungen, Mimik, Blick, Gesten oder ganz allgemein dem Verhalten 55% der Wirkung einer Kommunikation zugerechnet werden können.

Im Focus soll eine patientenzentrierte Kommunikation stehen, bei der der Arzt nicht zum Patienten redet, sondern mit dem Patienten. Wobei der Arzt vom Patienten Informationen genauso bekommt wie er sie an den Patienten gibt. Ankommende Informationen sind dabei des Patienten subjektive Krankheitstheorien, seine eigenen Heilsfantasien. Zurückgegeben wird dem Patienten vor allem ein Feedback über die vom Arzt wahrgenommenen Gefühle oder die Atmosphäre, die beim Arzt angekommen ist.

Zum angemessenen und erfolgsversprechenden Gesprächs-Kontext gehört es etwa, einen Termin gegenseitig abzusprechen und so zu planen, dass dieser auch für den Patienten geeignet ist, nicht wenn dieser schon zu müde ist, gar geweckt werden muss oder sogar mühsam versucht, etwas zu Essen zu sich zu nehmen. Es braucht auch einen zeitlichen Rahmen mit klar fest gelegtem Ende. Dann geht es darum, gemeinsam vereinbarte Gesprächsthemen nach Prioritäten zu ordnen. Weiterhin ist für einen geschützten Rahmen für das Gespräch Sorge zu treffen, d.h. kein Telefon oder Piepser, also bei geschlossener Tür und nicht auf dem Gang zwischen Tür und Angel. Wenn es möglich ist und der Patient es wünscht, ist es sehr vorteilhaft Angehörige mit einzubeziehen, damit alle auf den gleichen Informationsstand kommen.

Vor einem Gespräch sollte der Arzt ein „mentales Händewaschen“ entsprechend dem Desinfizieren der Hände, wie es Chirurgen vor einer Operation praktizieren, durchführen. Das

bedeutet zuerst, dass der Arzt die vorhergehende Tätigkeit wirklich beendet hat. Dann besinnt er sich auf das, was ihn erwartet, und überlegt sich, was das bevorstehende Gespräch für ihn bedeutet, welche Gefühle er dem Patienten gegenüber hegt.

Der nächste Schritt besteht darin, dass der Arzt die Botschaft in klarer und verständlicher Sprache und so positiv wie möglich, jedoch nicht auf Kosten von Glaubwürdigkeit und Realitätssinn, übermittelt. Dabei muss er dem Patienten Zeit geben zum Verstehen, zum Besinnen und um Fragen zu stellen. Auf diese Fragen und vor allem die dahinterliegenden Gefühle soll er antworten, indem er diese benennt ohne sie zu bewerten.

Er kann eigene ärztliche Hilfen anbieten, aber nur solche, die er auch selbst geben kann und will. Vor allem hat er an die eigenen Ressourcen des Patienten anzuknüpfen.

Auch für den Überbringer von schweren Nachrichten ist dieses ein schweres Gespräch. „Empathie“ - der griechische Ursprung des Wortes Empathie meint „heftige Leidenschaft“ - bedeutet, die eigenen Gefühle, die eigene Betroffenheit, Hilflosigkeit und Ohnmacht wahrzunehmen und zuzulassen.

Diese eigenen Gefühle zu erkennen, setzt voraus, sie auch zu kennen, nur dann können die eigenen Gefühle heftiger Leidenschaft, der Empathie, wie auch die Gefühle des Patienten benannt werden. Dadurch, dass Gefühle beider Gesprächspartner benannt werden, entsteht eine gewisse notwendige und hilfreiche Distanz, die Raum zum Sein schafft. Dadurch kann der Eigenständigkeit des Patienten wirklich Respekt gezollt werden. Und es geht auch darum Dinge wie existierende Ungewissheit auszuhalten, dadurch das man sie benannt wird.

Wichtig ist es, in diesem Prozess, den es gilt als Prozess der Kommunikation wahrzunehmen, in dem beide Seiten von einander und an einander lernen, zu einer Entscheidung zu kommen, bei der auch klar sein muss, wer die entgültige Verantwortung für diese Entscheidung trägt. Gerade am Lebensende wird Vergangenes intensiver erlebt. Dies bezieht sich auch auf die im Laufe des Lebens entwickelte Art der Beziehungsgestaltung. Der Behandelnde, Betreuende kann hier zur Projektionsfläche werden. So können sich beispielsweise in vernachlässigten Verhältnissen aufgewachsene Patienten zu Unrecht ungenügend versorgt fühlen. Oder traumatisierte Patienten können ihre Lage als demütigend empfinden, auch wenn dazu von dem Behandelnden kein Anlass gegeben wird. Im Unverständnis solcher Beziehungsmuster reagiert der Arzt oft negativ, bestätigt also den Patienten in seiner Mutmaßung und verstärkt so dessen Psychopathologie. Der Patient wird als „schwieriger Patient“ erlebt. Dies beschreibt Sigmund Freud 1905 mit dem Begriff der „Übertragung“, der besagt, dass frühere psychische Erlebnisse und Beziehungen nicht als vergangen, sondern als aktuell in der Beziehung zum Betreuer (Arzt) erlebt werden. Mit anderen Worten: frühere Erlebnisse des Patienten kontaminieren die aktuelle Beziehung zum betreuenden Arzt.

Das Phänomen, das beim Behandelnden in der Beziehung zum Patienten ausgelöst wird, wird mit dem Begriff der „Gegenübertragung“ fünf Jahre später von Freud beschrieben.

Es hat sich aber auch dies weiter entwickelt und so sprach Winnicott 1949 davon, dass es eine objektive und eine subjektive Form der Gegenübertragung gibt. Dies heißt, dass es Patienten gibt, die wohl bei fast jedem von uns dieselben also objektiven Reaktionen auslösen. Aggressive Patienten mit Persönlichkeitsstörungen beispielsweise erzeugen in der Regel Irritationen und Angst und nur selten ein Übermaß an Zuneigung. Inzwischen versteht man unter der „Gegenübertragung“, dass „der Patient den Therapeuten in eine Rolle drängt, die des Patienten innere Welt widerspiegelt“, wobei „diese Rolle aber

durch die Persönlichkeit der Therapeuten gefärbt ist“. Die Beziehung ist eben ein gemeinsames Produkt, an dem Patient und behandelnder Arzt beteiligt sind.

Wichtig erscheint die Einsicht, dass unsere Beziehungen zu einem Patienten beidseitig durch eine Reihe von bewussten und weniger bewussten Informationen sowie Gefühlen geprägt sind. Während die positiven Gefühle, die unsere Beziehung prägen, in der Regel für unsere Tätigkeiten gerade zu eine Voraussetzung sind, sind die negativen Gefühle gegen den Patienten ungleich schwerer zu ertragen und führen bei fehlender Reflexion zu negativen Folgen. Eine erfolgversprechende Art mit negativen Gefühlen gegenüber Patienten umzugehen ist, sie wahrzunehmen, sie grundsätzlich zu akzeptieren und sich mit ihnen auseinander zu setzen.