



Sendestörung

Wie geht's uns denn heute?
Auch wenn diese Floskel nur in
Witzen weiterlebt, liegt bei
der Kommunikation zwischen
Ärzten und Patienten immer
noch vieles im Argen. Für eine
neue Gesprächskultur wirbt

Norbert Schmacke.

Das Klagen über mangelhafte Kommunikation am Krankenbett und in der Arztpraxis gibt es sehr lange schon. Ebenso alt sind die Versuche, die nächsten Generationen der Ärzteschaft besser zu trainieren. Insofern ist es – mit Blick auf die Gegenwart – sehr verdienstvoll, dass die Ärztekammer Nordrhein 2015 einen zwei Jahre zuvor in der Schweiz veröffentlichten Leitfaden zum Erwerb angemessener kommunikativer Kompetenzen für Ärztinnen und Ärzte herausgegeben hat (siehe Lesetipps auf S. 38). Im Vorwort von Rudolf Henke, Präsident der Ärztekammer Nordrhein, heißt es: „Aus Sicht der

Ärztekammer Nordrhein ist die gute Kommunikationsfähigkeit im Patientenkontakt eine ärztliche Kernkompetenz.“ Und im Schweizer Vorwort zur Broschüre: „Eine gute Kommunikation zwischen Arzt und Patient beeinflusst entscheidend die Therapieerfolge des Patienten und damit den medizinischen Behandlungserfolg. Das Gespräch zwischen Arzt und Patient ist das Fundament einer guten Behandlung. Patienten wollen gehört werden, wenn es darum geht, ihre Beschwerden diagnostisch einzuordnen und allenfalls zu behandeln. Diese Erkenntnis ist nicht neu, aber sie ist noch immer aktuell. In den frühen 70er-Jahren untersuchten Experten erstmals die Gespräche zwischen

Ärzten und Patienten und entdeckten dabei, dass diese häufig Defizite aufwiesen. Die Ärzte unterbrachen den Redefluss des Patienten meist nach weniger als einer halben Minute und verpassten dadurch manchmal wichtige Informationen über den Zustand des Patienten. Manche Patienten wiederum verstanden nicht, was Ärzte ihnen mitteilten. Wenn sie die Arztpraxis verließen, wussten sie nicht genau, was der Arzt ihnen eben erklärt hatte und was sie nun tun sollten.“

Kommunikation im Lehrplan. Mut macht nicht nur die Ärztekammer Nordrhein mit ihrem Leitfaden, sondern auch die Idee eines Musterlehrplans „LongKomm“, gefördert vom Bundesgesundheitsministerium im Rahmen des Nationalen Krebsplans. Er soll künftig für alle 37 medizinischen Fakultäten gelten. Insgesamt wird damit der richtigen Kommunikation in 300 Unterrichtsstunden Rechnung getragen, wie aus dem Nationalen Kompetenzbasierten Lernzielkatalog Medizin hervorgeht (www.nklm.de). Maßgebliches Verdienst hieran hat die Heidelberger Wissenschaftlerin Jana Jünger, die ihre Studierenden seit 15 Jahren für das Thema Kommunikation sensibilisiert. In der „Heidelberger Erklärung“ von 2016 befürworten zahlreiche Unterzeichner, darunter die Bundes- und Landesärztekammern, die Deutsche Hochschulmedizin und die Bundesvertretung der Medizinstudierenden in Deutschland, die Entwicklung und Anwendung von Mustercurricula wie etwa LongKomm.

Ohne Wenn und Aber: Solche Initiativen verdienen die ideale und ökonomische Unterstützung, wo immer Bündnispartner die Möglichkeit dazu sehen. Und jetzt kommt das Aber: nämlich die ernsthafte Frage, warum es so unendlich schwierig zu sein scheint, das scheinbar Selbstverständlichste von der Welt, nämlich gute Kommunikation in der Arzt-Patient-Beziehung auch wirkungsvoll zu etablieren. Genauer: die heute in vielen Studiengängen ja erworbenen Fähigkeiten im klinischen Alltag zu bewahren. In Interviews zur Frage der Akzeptanz eines vor sechs Jahren etablierten palliativen Dienstes in einem Bremer Klinikum habe ich erfahrene Krankenpflegerinnen gefragt, ob die jungen Ärztinnen und Ärzte sich sensibler in Gesprächen verhielten als die Oldies. Die Antwort war ein diplomatisches aber eindeutiges Nein. Warum ist das so?

Training unterscheidet sich vom Alltag. Ich versuche einige Antworten, die sich auch auf eigene Untersuchungen stützen. Zunächst einmal ist der Alltag im Krankenhaus und in der ambulanten Versorgung etwas ganz anderes als der Übungsraum im Medizinstudium, in dem die heranwachsenden Doctores auf kranke Menschen oder für das Kommunikationstraining geschulte Schauspieler treffen. Die Logik der medizinischen Diagnostik und Therapie lässt offenkundig zu wenig Raum dafür, Patientinnen und Patienten zuzuhören und über Krankheit, Gesunderwerden und das Leben mit Einschränkungen so zu reden, dass eine tragfähige Basis in der Arzt-Patient-Beziehung entsteht. An dieser Einschätzung kann es wenig Zweifel geben. Aber das erklärt noch immer nicht, warum das so schwer zu ändern ist.

Deshalb folgender zweiter Anlauf: Im ärztlichen Selbstverständnis hat die Vorstellung kaum Platz, dass Patientinnen und Patienten immer eine eigene Perspektive auf ihre Krankheit

haben, dass sie – wohl verstanden – eigensinnig sind und dass es verhängnisvoll ist, über diese Sicht der Betroffenen hinwegzugehen. Das jahrzehntealte Klagen über fehlende Compliance hat hier seine maßgebliche Ursache: Wenn ich nicht weiß, was kranke Menschen über ihre Krankheit denken und welche Vorstellungen und Erwartungen sie im Behandlungsprozess haben, bleibe ich als Arzt Prediger von im Zweifelsfall nicht verstandenen oder angstbesetzten Botschaften. Das verstehen auch diejenigen meist nicht, die sich allergrößte Mühe geben, ihre Patientinnen und Patienten nach dem Stand der ärztlichen Kunst zu behandeln. Woran liegt das?

Ärzte brauchen mehr Gelassenheit. Dritter Anlauf: Beim Nachdenken über diese wirklich komplizierte Frage lande ich immer bei dem Begriff „Haltung“. Auch wenn die Tage des Ferdinand Sauerbruch vorbei sind, der militärische Geist in der Medizin seinen Platz hat räumen müssen, so ist doch der Satz „Wer ist hier der Arzt?“ nicht ausgestorben. Und auch wenn dieser Satz vielleicht nicht mehr so oft fällt: Es fällt vielen Ärzten schwer, aus dem oft – nicht immer – vorhandenen Wissensgefälle zwischen ihnen und ihren Patientinnen und Patienten nicht den Fehlschluss zu ziehen, dass diese doch bitte einfach nur zuhören und eben folgsam (compliant) sein sollten. Infolge eines falschen Verständnisses von Leitlinienmedizin fühlen sich Ärztinnen und Ärzte zum Teil wohl auch unter Druck, den leitliniengerechten Weg unbedingt durchsetzen zu müssen. Shared Decision Making (partizipative Entscheidungsfindung) wird dann zum mehr oder weniger liebevollen Überreden. Es scheint schwer zu sein, eine gelassene Haltung zu entwickeln. Gelassenheit würde bedeuten, mit allem gebotenen Selbstbewusstsein das eigene Wissen und die erworbenen Kompetenzen einzusetzen, ohne sich über die Vorstellungen der Patientinnen und Patienten hinwegzusetzen. Was auch bedeuten kann: ohne Beleidigtsein zu akzeptieren, dass ein kranker Mensch eine ganz andere Vorstellung von Kranksein und Therapie haben kann – und dass sie oder er morgen vielleicht die Meinung noch einmal ändert.

Hierarchisches Denken als Hindernis. Bleibt immer noch die Frage, warum die Ärzteschaft, die heute auf ein viel größeres Spektrum sinnvoller diagnostischer und therapeutischer Maßnahmen zurückgreifen kann als es mir etwa während meiner klinischen Ausbildung Ende der 70er Jahre möglich war, häufig nicht gelassen sondern angefasst reagiert. Diese Frage führt über die individuelle Arzt-Patient-Beziehung hinaus und verweist auf die gesellschaftliche Rolle der Ärzteschaft. Der Medizinsoziologe Eliot Freidson hat in den 70er Jahren den Begriff der professionellen Dominanz geprägt. Der Ärzteschaft ist es danach gelungen, weitgehende rechtlich fixierte Privilegien zu erlangen, ein hohes Maß an Selbstregulierung und Einfluss auf die Steuerung im Gesundheitswesen. Freidson kam zu dem Schluss, dass der Hauptgrund für die mangelhaften kommunikativen Kompetenzen der Ärzteschaft nicht, wie oft vermutet, in fehlender Bezahlung oder ungenügender Zeit oder in bürokratischen Hemmnissen zu suchen sei, sondern in der Sozialisation in der hierarchischen Struktur der Kliniken. Diese sah Freidson als ein hermetisch abgeschlossenes System mit einem professionstypi-

schon Stolz und einer tief verankerten Abgrenzung gegenüber anderen Fachberufen im Gesundheitswesen.

Es scheint sehr schwer zu sein, diese erworbene Rolle zu überwinden. Man denke nur einmal an das Projekt der Robert Bosch Stiftung „Operation Team – Interprofessionelles Lernen in den Gesundheitsberufen“, mit dem aktuell 17 Ansätze der Zusammenarbeit erprobt und evaluiert werden (siehe *Interview auf Seite 39*). Ist das tatsächlich notwendig? Ja, man schaue sich die wahrhaft ernüchternden bisherigen Studien zu derartigen berufsgruppen-übergreifenden Bildungsprozessen im Gesundheitswesen an (www.cochrane.org/de > Cochrane Kompakt > Suche: Schulungen in Gesundheits- und Sozialberufen für effektivere Zusammenarbeit). Oder man richte die Aufmerksam-

keit auch noch einmal auf die GKV-Variante der Delegation ärztlicher Leistungen – die eigentlich nur meint, dass Ärzte unliebsame Aufgaben auf Medizinische Fachangestellte übertragen – oder auf den Prozess der Akademisierung der nichtärztlichen Fachberufe. Viel scheint sich seit Freidsons Analyse nicht geändert zu haben.

Entscheidungshilfen sorgen für gleiche Augenhöhe. Man könnte so argumentieren: Alles braucht seine Zeit. Das ist bestimmt nicht falsch. Es ist allerdings die Frage, wie lange es dauern wird, bis es zu den häufigen Situationen in der medizinischen Versorgung gut gemachte Entscheidungshilfen und/oder Versicherteninformationen geben wird. Diese werden nicht von der Ärzteschaft entwickelt oder gepuscht, sondern müssen von außen in das System hineingetragen werden. Nirgends wird bisher

diskutiert, wer das alles entwickeln und wer diese enorme Arbeit bezahlen soll. Doch ist dies einer der wenigen Erfolg versprechenden Ansätze, dem Ziel „gleicher Augenhöhe“ etwas näher zu kommen. Die Dimensionen, um die es hier geht, werden massiv unterschätzt: Es geht um einen gesellschaftlichen Bildungsauftrag, um die Entwicklung von Gesundheitskompetenz auf Seiten der Laien und der Professionellen, wie etwa in dem von Doris Schaeffer und Jürgen M. Pelikan herausgegebenen Buch „Health Literacy“ deutlich wird.

Publikationsflut überfordert Profis und Laien. Warum das auch inhaltlich kompliziert ist, soll abschließend anhand ganz aktueller Forschungsergebnisse skizziert werden. Eine schwedische Forschergruppe um Minna Johansson hat im *British Medical Journal* (BMJ) vom Mai 2016 davor gewarnt, die Idee der informierten Patientenentscheidung in Zeiten exzessiver Medikalisierung unkritisch zu betrachten. Patientinnen und Patienten könnten auch in einer Flut von Informationen umkommen, wenn es nicht gelingt, Wichtiges von Randständigem oder Gefährlichem zu trennen. Man muss hinzufügen: Die Ärzteschaft selber ist immer stärker überfordert, sich in der Publikationsflut zurechtzufinden, steht aber gleichzeitig den Versuchen, Literatur systematisch zu bewerten, hoch skeptisch gegenüber.



Gute Kommunikation ist erlernbar – man muss es aber auch wollen.

In der Ausgabe vom 14. Juni 2016 gibt das BMJ drei Autorengruppen Raum für auf den ersten Blick erstaunliche Artikel. Eine englisch-kanadische Gruppe unter John Yudkin merkt an, dass Leitlinien in der Gefahr sind, den Nutzen der Medizin massiv zu überschätzen. Am Beispiel Typ-2-Diabetes und Bluthochdruck weisen die Forscher daraufhin, dass die Zielgruppen bislang selten gute Informationen erhielten, wie viel oder wenig sie vom Erreichen definierter Behandlungsziele profitieren – und dass insofern der alleinige Verweis auf ausreichende Information und Beteiligung von Patienten zu völlig unsinnigen Ergebnissen führen kann. Prominente Begründer der Idee des Shared Decision Making wie Glyn Elwyn bemängeln, dass selbst gut gemachte Leitlinien die Ärzteschaft nicht befähigten, ihre Patientinnen und Patienten verständlich und einfühlsam zu beraten – abgesehen davon, dass zahlreiche Leitlinien viel zu schlicht gestrickt seien. Eine dritte Gruppe unter Margaret McCartney bemängelt noch einmal, dass Leitlinien in der Regel die Voraussetzungen zur Bildung einer partnerschaftlichen Entscheidung nicht beherzigen und zu wenig Möglichkeiten bieten, eine individuelle Entscheidung in Kenntnis von bedeutenden und weniger bedeutenden Therapiezielen zu treffen. Anders gesagt: Erweist sich schon das Herausfiltern guter Informationen als extrem mühevoll, so stehen Versuche, die oft sperrigen Informationen zur Abwägung von Pro und Kontra in Dialoge mit Kranken sinnhaft einzubringen, ganz am Anfang.

Wem können Kranke vertrauen? Im BMJ vom 21. Oktober 2016 schließlich legt eine skandinavische Gruppe unter Hans Lund den Finger in die Wunden der Forschung: Die Wissenschaftler fordern, den Anteil von Publikationen, die entweder schlecht gemacht sind oder Bekanntes wiederkauen, drastisch zu reduzieren. Künftig sei darzulegen, dass wirklich wichtige neue Fragen untersucht werden. Das bedeutet neue Standards für die Publikation von Forschungsergebnissen. Man könnte am Ende auf gedruckte Zeitschriften für neue Forschungsergebnisse verzichten und stattdessen alle Forschungsdaten öffentlich einsehbar und in vollem Umfang nachvollziehbar ins Netz stellen. Zeitschriften hätten dann vielleicht einen neuen Platz für die Fortbildung der großen Mehrheit von Professionellen, die mit dem Lesen wissenschaftlicher Originalarbeiten hoffnungslos überfordert sind. Um das an einem Beispiel zu erläutern: Wie viel unnötige und verwirrende Studien zur Entwicklung von Diabetes-Medikamenten sind im letzten Jahrzehnt von der

Pharmaindustrie finanziert und über ihre Multiplikatoren in die Arztpraxen eingeschleust worden? Wie viel Schaden hat das Beharren auf fixen Zielwerten des HbA1C (Langzeitblutzuckerwert) für viele Diabeteskranke erzeugt? Bis auch auf der letzten Fortbildungsveranstaltung erzählt wurde, dass die Zielwerte angepasst sein müssen und dass es die behaupteten Fortschritte bei den oralen Antidiabetika gar nicht gibt.

Es stellt sich also stets aufs Neue die Frage: Wem können Kranke vertrauen? Das bleibt eine der zentralen Herausforderungen im Gesundheitswesen, auch wenn sich der Schatz an evidenzbasierten Entscheidungshilfen eines Tages ver Hundertfacht hat. Und wie entstehen aufrichtige Therapieversprechen? So hat Johannes Bruns, Generalsekretär der Deutschen Krebsgesellschaft, diesen fundamental wichtigen Auftrag der Ärzteschaft genannt. Erst dann könnte wohl auch das Training in guten Methoden der Gesprächsführung fruchten. Es geht ja nicht darum, nett zu sein, sondern um kompetente Beratung und Unterstützung.

Weniger Interesse an Machtspielen. Was eine neue Kommunikationskultur anbelangt, so gibt es meines Erachtens Grund, skeptisch in die Zukunft zu schauen. Die Ärzteschaft ist wieder einmal stark mit sich selbst beschäftigt und zerlegt ihre Selbstverwaltungsgremien, die häufig gar nicht mehr als Interessenvertretung wahrgenommen werden. Gleichzeitig ist aber nicht in Sicht, wer an deren Stelle treten und eine neue Kultur der Arzt-Patient-Beziehung nach Kräften fördern könnte. Optimistisch kann vielleicht aber stimmen, dass in den nachkommenden Generationen der Ärzteschaft weniger Interesse an den klassischen Machtspielen unter Funktionären besteht. Jedenfalls ist sehr zu hoffen, dass es mit bald 70 Prozent Ärztinnen in Klinik und Praxis die Fragen nach den Voraussetzungen für gute Medizin und ein partnerschaftliches Verhältnis unter den Gesundheitsberufen leichter haben als in der Vergangenheit.

Das Zauberwort heißt Respekt. Damit wird noch einmal die Machtfrage wichtig: Es ist höchste Zeit, dass Frauen in allen Sparten und in allen Etagen der Medizin angemessenen Einfluss ausüben können. Gute Kommunikation ist erlernbar – man muss es aber auch wollen. Der Weg bleibt steinig. Die beiden großen Pionierinnen in der Forschung zur Kommunikationskultur in der Medizin, Debra Roter und Judith Hall, haben auf ein nur auf den ersten Blick merkwürdiges Phänomen hingewiesen: „Ein patientenzentrierter Arzt wird als guter Arzt angesehen, während eine patientenzentrierte Ärztin bloß als eine gute Frau angesehen wird.“ Eine neue Kultur fällt nicht vom Himmel. Und so endet der zitierte Aufsatz von Debra Roter und Judith Hall mit folgenden Worten: „Wir fürchten, dass Frauen noch eine ganze Reihe von Jahren Aretha Franklins Refrain skandieren werden: All I'm asking is for a little respect.“ Respekt ist überhaupt ein Zauberwort. ■

Prof. Dr. Norbert Schmacke ist Arzt und Mitglied des Instituts für Public Health und Pflegeforschung, Universität Bremen sowie stellvertretendes unparteiisches Mitglied des Gemeinsamen Bundesausschusses.

Kontakt: Schmacke@uni-bremen.de

Literatur beim Verfasser

Lese- und Webtipps

- Werner Bartens: **Das sieht aber gar nicht gut aus. Was wir von Ärzten nie wieder hören wollen.** Pantheon Verlag, München 2013
- Norbert Schmacke, Maren Stamer, Petra Richter: **Der schwierige Weg zur Partizipation. Kommunikation in der ärztlichen Praxis.** Hogrefe Verlag, Bern 2016
- www.medtalk-education.de Infos zum Mustercurriculum Arzt-Patient-Kommunikation Universitätsklinik Heidelberg
- Ärztekammer Nordrhein: **Kommunikation im medizinischen Alltag. Ein Leitfaden für die Praxis.** Download: www.aekno.de