

II. Problemstellung

Kommunikationsstörungen in der Arzt-Patient-Beziehung: Ursachen und Folgen

1. Das einseitig technisch-naturwissenschaftliche Paradigma der Medizin

Kommunikationsstörungen in der Arzt-Patient-Beziehung sind in erster Linie auf Defizite in der ärztlichen Ausbildung zurückzuführen. Im Studium werden die angehenden Mediziner nur mangelhaft mit wichtigen Aspekten der Beziehung zwischen Arzt und Patient vertraut gemacht und nur unzureichend mit psychosozialer Kompetenz ausgestattet (vgl. Siegrist 1988: 225, Reimer 1994: vii).

Die Vernachlässigung der Sprache als ärztliches Instrument liegt in dem einseitig technisch-naturwissenschaftlich geprägten Paradigma der Medizin begründet, das die sprachlich vermittelte Etablierung einer zwischenmenschlichen Beziehung zwischen Arzt und Patient als störend empfindet (vgl. Schoene 1992: 16). Das ärztliche Denken und Handeln wird maßgeblich von dem in der Schulmedizin vorherrschenden Paradigma⁴ beeinflusst. Es dient Ärzten als Interpretationsschema. Die Wahrnehmung des Patienten steht unter dem Einfluss eines Denkmodells, das die Krankheit nicht als ein soziales Ereignis begreift, sondern auf rein naturwissenschaftliche Kausalzusammenhänge reduziert (vgl. ebenda 17).

Historisch gesehen, liegt der Ursprung der Medizin in dem Urgefühl des Menschen, Notleidenden zu helfen. Während das hohe Ansehen der Medizin lange Zeit darauf beruhte, dass man im Patienten vor allem den Menschen sah, hat die Etablierung der Medizin als Naturwissenschaft trotz ihrer Erfolge in der Bekämpfung von Krankheiten große Nachteile für die ärztliche Ausbildung und die Beziehung zwischen Arzt und Patient mit sich gebracht. Mit der Entwicklung der Naturwissenschaft konzentrierte man sich immer mehr darauf, die Krankheit und weniger den kranken Patienten zu behandeln. Der Patient, der bis dahin im Mittelpunkt des Interesses gestanden hatte, war nicht mehr der „Text“, den es zu lesen und zu verstehen galt. Er trat in den Hintergrund und wurde lediglich zum „Text“-Beispiel (Foucault 1973).

Die ärztliche Kunst spaltete sich von der Medizin als Wissenschaft ab. Die Betrachtung des Ganzen verschwand hinter der funktionalen Analyse einzelner Teile und Abläufe.

⁴ Nach Kuhn handelt es sich bei der Wahl eines Paradigmas um eine forschungsleitende, willkürliche Art der Weltauffassung, eine nicht vergleichbare Art und Weise, die Welt zu sehen und die Wissenschaft in ihr auszuüben. „Paradigmen sind wissenschaftliche Weltbilder und Bedeutungsmuster, die sich durch ein bestimmtes Wissens-, Glaubens-, und Wertgefüge beschreiben lassen. Sie erfüllen eine universelle gesellschaftliche Steuerungsfunktion, setzen Ziele, geben Orientierungen und schaffen Sinn.“ Jede wissenschaftliche Leistung basiert auf diesem Paradigma.

Die klassische Medizin gründet ihre universelle Anwendbarkeit auf dem Verzicht, in das Leben ihrer "Objekte" weiter einzudringen, indem sie ihre Zuständigkeit auf die somatische Seite beschränkt und den Menschen als die Summe seiner Organe definiert (vgl. Schoene 1992: 16). Die Persönlichkeit des Patienten wurde als etwas gesehen, das mit der Krankheit und folglich auch nichts mit der ärztlichen Aufgabe zu tun hat. Demzufolge kann die Krankheit als eine "Sache" im Körper des Patienten prinzipiell von jedem Arzt, unabhängig von seiner Persönlichkeit ebenso wie von der des Patienten, behandelt werden (vgl. ebenda: 14ff.).

Heutzutage basiert die Medizin im Wesentlichen auf naturwissenschaftlichen Erkenntnissen. Im Vordergrund steht die jeweilige Krankheit und nicht der Patient. Das ärztliche Denken und Handeln ist von einem naturwissenschaftlichen Krankheitsverständnis geprägt, das Krankheiten nach ihrer Entstehungsursache klassifiziert. Das sogenannte ätiologische Modell besagt, dass jede Erkrankung eine spezifische Ursache hat, jede Krankheit sich durch eine bestimmte Grundschädigung auszeichnet und Krankheiten gleicher Ätiologie mehr oder weniger die gleichen klinischen Symptome und Syndrome verursachen. Nach Siegrist bezeichnet diese „Doktrin spezifischer Ätiologie“ den typischen Verlauf einer Krankheit und macht die Anwendung standardisierter therapeutischer Techniken möglich.

Die Diagnose orientiert sich dabei an klinischen Symptomen und Messwerten, die Art und Ausmaß einer Schädigung des Organismus anzeigen. Die Lokalisierung von Krankheitsursachen im innerorganischen Geschehen macht es überflüssig, die Krankheit als ein soziales Ereignis zu verstehen. Die Kennzeichnung einer Krankheit richtet sich nach der Abweichung von statistisch ermittelten Normen und Messwerten (vgl. Dürholtz 1993: 11, Schoene 1992: 15).

Naturwissenschaftlich-technisch orientierte Ärzte verlassen sich im Zweifelsfall nicht auf ihr Gefühl oder ihren Instinkt, sondern vertrauen eher technischen Befunden als ihrem gesunden Menschenverstand oder ihren fünf Sinnen (vgl. Schönberger 1995: 53). Je unerfahrener der Arzt, desto umfangreicher ist nach Kunert (1991) auch sein diagnostisches Programm, besonders das der Fremdleistungen wie Labor und Röntgen. Er reduziert die oft so wichtige eingehende Befragung und körperliche Untersuchung zugunsten vermeintlich objektiverer Methoden.

Der einseitige Fokus auf die Diagnose hat zur Vernachlässigung der Sorge um den kranken Menschen geführt (vgl. Holzhütter 1994: 131). Die Profilierung neuer Technologien in der Diagnostik hat den Arzt immer weiter vom Patienten entfernt. In der Medizin zeichnet sich ein Trend ab, der an der Behandlung des Menschen vorbeigeht.

Während der hochtechnisierte Einsatz modernster Diagnose- und Behandlungsverfahren den Gesundheitshaushalt erheblich belastet, werden seelische Aspekte der Gesundheitsfürsorge zunehmend vernachlässigt. Die Bindung zwischen Arzt und Patient ist durch vielfältige Einflüsse verlorengegangen. Dazu zählen die fortschreitende Spezialisierung der Subdisziplinen, die ständige Perfektionierung ihrer Instrumente und ein hochtechnisierter Gesundheitsapparat, der für sich den Anspruch erhebt, alles erkennen, durchleuchten, analysieren und heilen zu können (vgl. Gordon 1995: 27, Schönberger 1995: 52, 56).

Auch die Organisationsform des Krankenhauses entspricht einer durchrationalisierten Institution, in der "der Körper des Patienten für den diagnostischen und therapeutischen, in Effizienz und Effektivität zu maximierenden Zugriff bereitgehalten wird" (Schoene 1992: 17). Als Mensch kommt der Patient im Krankenhaus zu kurz. Er wird „numeriert und inventarisiert“ (Schönberger 1995: 68).

Illich zufolge hat die Entpersönlichung von Diagnose und Therapie die Nachlässigkeit vom ethischen in ein technisches Problem verwandelt. In *Nemesis der Medizin* vertritt er die These einer 'iatrogenen Epidemie'. Er kritisiert den krankmachenden Fortschritt der etablierten Medizin, in der ärztliches Versagen mit der Wandlung des Arztes vom Handwerker zum Techniker einen anonymen, fast respektablen Status gewonnen hat (1993: 39). „Im Rahmen einer komplexen Krankenhaustechnologie wird Achtlosigkeit zum versehentlichen menschlichen Irrtum oder Systemversagen, Gleichgültigkeit wird zu wissenschaftlicher Objektivität und Unfähigkeit zu einem Mangel an Spezialgeräten.“

Die Krise der Medizin ist eine Krise ihrer Philosophie, die dem Arzt einseitige Modelle und Konzepte für seine Empirie vorschreibt (vgl. von Uexküll 2001). Die Folge der konsequenten Ausformung des naturwissenschaftlichen Paradigmas ist eine hochtechnisierte "stumme" Medizin für körperlose Seelen und seelenlose Körper, die vom Patienten als inhuman empfunden wird (vgl. Uexküll: 2001, Schoene 1992: 17).

Obwohl die Patienten den Wert wissenschaftlich orientierter Behandlung durchaus anerkennen, werden sie mit ihrer medizinischen Versorgung insgesamt dennoch immer unzufriedener; sie stehen ihr kritischer gegenüber als früher. Mit der wachsenden Kritik an der "alten" Medizin wird sowohl von Patientenseite als auch intraprofessionell eine ganzheitliche Medizin gefordert, die nicht nur medizinische Daten, sondern auch die Persönlichkeit und die individuelle Situation des Patienten erfasst.

Die Paradigma-Theorie kann als ein Erklärungsansatz herangezogen werden, warum Ärzte sich in einer bestimmten Art und Weise im Umgang mit ihren Patienten verhalten.

Die Ursachen für die beschriebenen Missstände allein in dem vorherrschenden naturwissenschaftlichen Konzept der Medizin zu suchen, wäre allerdings kurzsichtig und realitätsfremd. Denn die durch die enormen Anpassungsleistungen im Gesundheitssystem erzwungene Drei-Minuten-Medizin, die Ärzte zu Fließbandarbeitern degradiert, bedingt geradezu eine inadäquate Wahrnehmung des Patienten und eine suboptimale Behandlung.

Es muss betont werden, dass die Komplexitäten der Kommunikationspraxis in der Medizin nicht monokausal, sondern durch das Zusammenwirken multikausaler Wirkfaktoren beeinflusst sind. Neben der individuellen kommunikativen Kompetenz und soziodemographischen Variablen wie Alter, Geschlecht, Berufserfahrung und der wissenschaftlichen Ausrichtung wird das ärztliche Kommunikationsverhalten maßgeblich von denen in der Praxis real existierenden Verhältnissen bestimmt.

Die Arbeitsbedingungen und -anforderungen, das Arbeitspensum, der institutionelle und gesetzliche Rahmen sowie das Vergütungssystem ärztlicher Leistungen tragen entscheidend dazu bei, wie Ärzte den Patienten wahrnehmen und behandeln. Deshalb ist zwischen den Folgen der konsequenten Ausformung des Paradigmas und den real existierenden Verhältnissen zu differenzieren. Schoene zufolge kann eine Reform, die die Ablösung des „alten“ Paradigmas durch eine psychosomatische Denk- und Behandlungsweise fordert und eine patientenorientierte Medizin propagiert, nur dann zu einer anhaltenden Bewusstseinsänderung führen, wenn sie parallel auch die Realitäten in den vorhandenen Institutionen in ihre Reformbemühungen mit einschließt (1992: 18).

Grundlage für die Umsetzung und erfolgreiche Integration des ganzheitlichen Denkmodells ist die Schaffung entsprechender institutioneller Voraussetzungen durch geeignete struktur- und gesundheitspolitische Maßnahmen.

Um den in der Medizin vorherrschenden Dualismus (eine stumme Medizin für seelenlose Körper und körperlose Seelen) zu überwinden, ist die Integration eines ganzheitlichen Ansatzes notwendig. Eine patientenorientierte Gesprächsmedizin, die den Menschen und seinen Körper als eine Einheit betrachtet und der Kommunikation in der Behandlung mehr Raum gibt, kann nur über eine gleichzeitig durchgeführte Strukturveränderung der gegebenen Realitäten etabliert werden.

2. Die defizitäre Ausbildungs- und Arbeitssituation von Ärzten

Forschung und Lehre in der Medizin sind aufgrund des vorherrschenden Paradigmas naturwissenschaftlich ausgerichtet. In der medizinischen Ausbildung wird der Patient als Mensch kaum sichtbar und die Kommunikation am Krankenbett vernachlässigt.

Nach Meinung des ehemaligen Präsidenten der Berliner Ärztekammer Ellis Huber kann man das deutsche Medizinstudium absolvieren, ohne einen Patienten überhaupt jemals wahrgenommen zu haben. Der Patient wird zur Sache, zum Objekt medizinischen Handelns gemacht. Der erste Patientenkontakt im Studium besteht in der Regel in der Begegnung mit der Leiche auf dem Seziertisch (vgl. Schönberger 1995: 60).

Im Regelstudium werden angehende Mediziner mit einer „wahren Flut unterschiedlichster diffiziler Spezialfächer bombardiert“. Die Studenten können die Informationsflut nicht nur kaum verarbeiten, sondern auch nicht mehr in einen übergeordneten, verstehbaren Kontext einordnen.

Der Gesamtzusammenhang, die richtige Einordnung in die medizinische Gesamtlehre, vor allem in Bezug auf den Menschen, ist . . . außer Sichtweite geraten. (Schönberger 1995: 57)

Da der Patient in der Ausbildung rein physisch so gut wie keine Rolle spielt, ist auch der Umgang mit ihm, seine psychologische Betreuung kein fester Bestandteil der Ausbildung. Psychologische Mechanismen, Kommunikationsgrundlagen oder Gesprächsführungstechniken sind keine zentralen Themen in der Lehre und werden so gut wie gar nicht vermittelt. Zwar gibt es im Laufe des Studiums jede Menge mündlicher Prüfungen und Klausuren mit Multiple Choice-Fragen, praktische Fertigkeiten, wie kommunikative Kompetenz, müssen dagegen nicht unter Beweis gestellt werden.

In der Ausbildung führen zu viel Arbeit und zu wenig Personal zu Engpässen in der Lehre, die nach Meinung vieler Lehrender gegenüber der Forschung einen zu geringen Stellenwert hat.

Die beschriebene Ausbildungssituation ist symptomatisch für das Regelstudium der Medizin und gehört zum Alltag vieler Studierender an deutschen Universitäten. Bei Umfragen zur Studentenzufriedenheit rangiert das Medizinstudium deshalb regelmäßig ganz weit hinten. Die Studenten vermissen den direkten Kontakt zum medizinischen Alltag. Es fehlt die Vernetzung zwischen Theorie und Praxis. Grundsätzlich kritisiert wird von Studentenseite die Kluft zwischen medizinischer Ausbildung und den späteren Anforderungen im Alltag der Klinik.

Nach sechs Jahren Pauken von scheinbar unzusammenhängenden Fakten wissen die Studenten viel und können wenig. Im Krankenhaus folgt der Praxisschock (*Der Spiegel* 15/1999). Denn im medizinischen Alltag sind die Jungmediziner nicht nur mit medizinischen, sondern auch mit psychosozialen Problemen konfrontiert.

Ausgestattet mit einer Fülle abstrakter Fachkenntnisse, dem Glauben an die Allmacht der modernen hochtechnisierten Medizin, wenig Erfahrungen im psychologischen Umgang mit den Patienten und unvorbereitet auf die psychischen Belastungen, beginnen die Jungmediziner ihren Alltag im Krankenhaus. Mit dem Wechsel ins Berufsleben treten die in der Ausbildung entstandenen Defizite zu Tage. Im täglichen Umgang mit dem Patienten stoßen die idealistisch motivierten Berufsanfänger bald an die Grenzen ihrer technischen Fertigkeiten, wenn sie leidenden Patienten gegenüberstehen, denen sie nicht helfen können. Während jedes größere Unternehmen heutzutage einen Betriebspsychologen hat, wird der psychischen Betreuung des Personals in der Institution, die sich eigentlich mit dem Menschen und seinen Problemen befasst, keine Bedeutung beigemessen (Schönberger 1995: 61).

Wie man mit Menschen umgeht oder erkennt, wenn ein Kollege in Bedrängnis gerät, wird in der Aus- und Weiterbildung nicht vermittelt. Neben allgemeinen Anfängerproblemen, wie fachliche Unsicherheit oder Verantwortungsdruck, haben die Berufsanfänger noch dazu kaum die Möglichkeit, diese Erlebnisse zu verarbeiten und einen gangbaren Weg zu finden.

Denn diese Beschränktheit ... in den medizinischen Möglichkeiten wird in der Klinik vielfach auch gar nicht eingestanden. Ärzte haben eben zu funktionieren. Mit diesem Axiom leben seit vielen Jahren berufstätige Mediziner, aber auch die meisten Patienten, die daran glauben und die Vorstellung des vollkommenen, in jeder Situation souveränen Arztes wieder auf diesen zurückprojizieren. ... Perfektionsansprüche von seiten der Patienten, der Zwang der Institution, möglichst uneingeschränkt und reibungslos zu funktionieren und die plötzlich erkannten Defizite im persönlichen Umgang mit dem Patienten in Kombination mit abgehobenem, technokratischem Wissen, dessen Einsatz oft aus der Sicht des Patienten nicht den gewünschten Erfolg bringt, üben gerade bei idealistisch motivierten Berufsanfängern immensen psychischen Druck aus. (Schönberger 1995: 65)

Die unmenschlichen Anforderungen des Berufsalltags führen in vielen Fällen zu Frustration, Überforderung, Entpersönlichung und *Burn-out*. Studien belegen, dass sich Ärzte in der Anfangszeit ihrer Tätigkeit am meisten belastet fühlen (vgl. ebenda 64).

Herschbach, der die psychischen Probleme untersuchte, denen Ärzte und Krankenpflegekräfte im Krankenhausalltag ausgesetzt sind, nennt als Hauptbelastungen den allgegenwärtigen, systemimmanenten psychischen Stress in Kombination mit vielfach enormen körperlichen Anstrengungen. Dazu zählen die hohe Zahl an Nacht- und Wochenenddiensten. Im Wochendurchschnitt arbeitet ein Arzt in Deutschland um die 60 Stunden und mehr. Die Einschränkung privater Kontakte durch den besonderen Arbeitsumfang, die unregelmäßigen Dienstzeiten und Bereitschaftsdienste empfinden 92% der insgesamt 299 von Herschbach in 54 bundesdeutschen Kliniken befragten Ärzte als bedrückend. 83% empfinden es als sehr belastend, dass der enge zeitliche Spielraum im Krankenhaus auf Kosten der Patientenbehandlung geht und damit die „Angst, Fehler zu machen“ steigt.

Nach Herschbach sind Ärzte und Ärztinnen signifikant belasteter als die Durchschnittsbevölkerung. Das „Miterleben von langen Krankheitsprozessen“, „Betroffenheit durch weinende Patienten“, „unrealistische Heilerwartungen“ von Seiten kranker Menschen als auch die Tatsache, dass viele „Patienten die Krankheitserklärungen nicht verstehen“ löst bei mehr als 90% der Mediziner und Medizinerinnen starke Betroffenheit aus (68). Um den Belastungen im Klinikalltag standhalten zu können, bauen Ärzte geeignete Schutzschilder auf. Ein gängiger Verarbeitungsmechanismus ist der Aufbau von Distanz zwischen sich und dem Patienten.

Der klassische Schutzmechanismus ist auch die Patienten gut bekannte Abgebrühtheit, Überheblichkeit, Unnahbarkeit vieler Ärzte, die oftmals nicht in ihrer fachlichen Autorität ... , sondern in persönlicher Unsicherheit und Verletzbarkeit begründet ist. Wer Distanz aufbaut, macht sich für das Leid anderer unempfindlicher. (82)

Der Patient erlebt den Arzt als wenig zugänglich. Er weiß nicht, dass zwischen dem idealistischen Helfer in der beruflichen Anfangsphase und dem abweisend erscheinenden Arzt in späteren Jahren „eine prägende Sozialisation steht, die derartige Wesenszüge oft geradezu erzwingt“ (Schönberger 1995: 82).

Der Arzt sichert sich gegenüber den emotionalen Belastungen ab, indem er der Kommunikation ausweicht (vgl. Wilker 1994: 240). Auf der Strecke bleibt die menschliche Nähe, die enge und durch Vertrauen geprägte Beziehung zwischen Arzt und Patient, das gemeinsame Gespräch.

Die seit langem geforderte „sprechende Medizin“ ist noch nicht in hinreichendem Umfang realisiert worden. Die Forderung von Korth aus den 60er Jahren, die ärztliche Schweigepflicht entspreche einer Redepflicht, ist bisher nicht befriedigend umgesetzt worden. „Von einer verbindlich festgelegten Redepflicht des Arztes, ja selbst von einer adäquaten Redebefähigung der meisten Ärzte, sind wir auch heute noch meilenweit entfernt...“ (Lang 1996: 13).

Dass die Studenten im Regelstudium nur sehr mangelhaft mit wichtigen Aspekten der Arzt-Patient-Beziehung vertraut gemacht werden, wird im Berufsalltag im persönlichen Umgang mit dem Patienten deutlich spürbar. Viele Ärzte sind mit den psychologischen Belastungen überfordert. Um sich für das Leid der Patienten unempfindlich zu machen, bauen sie Distanz auf und reduzieren das Gespräch auf ein Minimum.

3. Kommunikationsmängel im ärztlichen Gesprächsverhalten

Untersuchungen belegen, dass nicht nur Patienten mit der Qualität ihrer Kommunikation mit Ärzten und Pflegepersonal unzufrieden sind, sondern dass die Angehörigen der Heilberufe selbst sich darüber im Klaren sind, wie problematisch die Beziehungen zu ihren Patienten sind (vgl. Gordon 1995: 22).

Als Hauptprobleme in Arzt-Patienten-Gesprächen gaben die befragten Ärzte einer englischen Studie kulturelle sowie ethnische Unterschiede, altersabhängige Kommunikationsschwierigkeiten, emotionelle Reaktionen und Projektionsphänomene an. 51 % der befragten Ärzte hatten Probleme mit Aufklärungsgesprächen und damit, das Einverständnis der Patienten vor operativen Eingriffen zu erhalten. Darüber hinaus wurden Unterhaltungen mit Angehörigen, Gespräche mit medizinisch ungünstigem Inhalt, zum Teil auch die Kommunikation unter Kollegen als kompliziert empfunden (Fallowfield 1998).

Studien zufolge entscheidet die Art und Weise, wie Ärzte mit ihren Patienten reden und wie gut diese sich verstanden fühlen, über die Zufriedenheit von Patienten mit der Behandlung. Die unter Patienten weitverbreitete Unzufriedenheit ist häufig auf Kommunikationsstörungen in der Arzt-Patient-Beziehung zurückzuführen (vgl. Gordon 1995: 8).

Aus Untersuchungen zur Interaktion zwischen Arzt und Patient geht hervor, dass die zwischenmenschliche Kommunikation in der Regel mangelhaft und die Gesprächssituation problem- und informationsorientiert ist. Freundlichkeit wird selten vermittelt; häufig fehlen sogar normale Höflichkeitsbezeugungen wie Begrüßen und Händeschütteln (vgl. ebenda 29). Das Arzt-Patient-Verhältnis wird als sachlich und distanziert beschrieben. In Patientenberichten finden sich Schilderungen von Situationen, in denen ein Arzt eine bereits entkleidete Patientin mit einem kurzen Kopfnicken, ohne sie überhaupt zur Kenntnis zu nehmen, begrüßt und die Untersuchung ohne ein einziges Wort zu wechseln, durchführt (ebenda 25).

Patienten beklagen, dass den Vorstellungen, die sie sich selbst über die Behandlung ihrer medizinischen Probleme machen, von den Ärzten nicht genügend Aufmerksamkeit geschenkt wird und sie als Person nicht wahrgenommen werden (vgl. Wilker 1994: 262).

Erzählen Patienten ihre Geschichte oder stellen sie Fragen, so werden sie im Durchschnitt nach 18 Sekunden unterbrochen (vgl. Lazare 1995 : 9). Die Vielzahl von Fragen, die Ärzte bei der Erhebung der Krankheitsgeschichte stellen, zeugt von einem direktiven Gesprächsstil, den Ärzte anwenden, um das Gespräch zu kontrollieren und Patienten abzuweisen.

In dem konventionellen Beziehungsmodell, das in weiten Teilen des heutigen amerikanischen Gesundheitssystems immer noch praktiziert wird, herrscht ein arztzentrierter Befragungsstil. Nach Aussage eines Herzchirurgen möchten die meisten Ärzte gar nicht, dass ihre Patienten sie verstehen. Denn ein Patient, der nicht versteht, wovon der Arzt redet, stellt ihm auch keine Fragen und der Arzt kommt nicht in die Verlegenheit, ihm antworten zu müssen (vgl. Gordon 1995: 42).

Studien belegen, dass Patienten die Bedeutung der von Ärzten verwendeten Begriffe unklar ist und sie nicht verstehen, was ihnen gesagt wird. Nach Verlassen einer Arztpraxis oder Klinik wissen bis zu 50% der Patienten nur sehr bedingt oder gar nicht, wie sie sich im Interesse ihrer Gesundheit zu verhalten haben. Ihr gesundheitliches Problem verstehen sie noch nicht einmal im Ansatz, und sie sind auch nicht in der Lage, die ihnen verordnete Behandlung zu beschreiben (vgl. ebenda 31). Trotz hoher Informationsbedürfnisse haben die Patienten Hemmungen nachzufragen und sich genauer zu erkundigen.⁵

Im Krankenhaus ebenso wie in der Arztpraxis ist die Diskrepanz zwischen Informations- und Kommunikationsbedürfnissen von Patienten und der tatsächlich erfahrenen kommunikativen Zuwendung von Seiten der Ärzte der am häufigsten geäußerte und empirisch belegte Kritikpunkt (vgl. Wilker 1994: 268).

Untersuchungen haben gezeigt, dass bei Begegnungen, die 20 Minuten dauerten, Ärzte nur wenig mehr als eine Minute dafür erübrigten, ihren Patienten Informationen zu geben (Waitzkin 1984). Im Schnitt überschätzten die Ärzte die Zeit, die sie dafür aufwandten, um das Neunfache. Waitzkin fand heraus, dass in 65% der untersuchten Gespräche, die Ärzte das Informationsbedürfnis ihrer Patienten unterschätzten.

In einer extensiven klinischen Studie von 1986 fanden Tuckett et al. heraus, dass 36% der Patienten, denen man Informationen über die Diagnose und über die Bedeutung ihrer Erkrankung gegeben hatte, nicht verstanden hatten, was der Arzt ihnen gesagt hatte oder sich den Hauptargumenten nicht verpflichtet fühlten. Darüber hinaus kommunizierten die Ärzte 30% der Informationen bezüglich Behandlung und 42% der Informationen bezüglich Prävention ungenügend und inadäquat.

Der Arzt redet überhaupt zu wenig, so dass der Patient sich nicht angenommen fühlt. Er benutzt eine weitgehend unverständliche Fachsprache. Er verbalisiert Aufforderungen in autokratischer Form, so dass die Nicht-Einwilligung (Non-Compliance) als Widerstand des Patienten häufig zur emotionalen Konsequenz wird. (Wilker 1994: 239 f.)

Eine amerikanische Studie bestätigt, was man schon lange vermutet hat, nämlich, dass die Relation zwischen der Häufigkeit von Schadensersatzprozessen mit der Qualität der Kommunikation zwischen Arzt und Patient korreliert (vgl. Gordon 1995: 31).

Ärzte, die sich ihren Patienten auf negative Weise vermitteln (kein Blickkontakt, strenge, schneidende Stimme, minimale Informationsweitergabe, kein verbindliches Lächeln, kein freundlicher Körperkontakt, kein Ernstnehmen der Äußerungen des Patienten, keine Sensibilität für Gefühlsregungen, kein Lob, relativ kurzer Kontakt) riefen Rachegefühle hervor, wenn die Behandlung nicht erfolgreich war. Ärzte, die ihren Patienten positiv im Gespräch begegneten, verursachten keine Gefühle dieser Art.

Dies legt die Schlussfolgerung nah, dass Ärzte die Gefahr rechtlicher Auseinandersetzungen reduzieren, wenn sie ihr Auftreten gegenüber Patienten anders gestalten. Ley (1988) benennt folgende Kommunikationsmängel in der Arzt-Patient-Beziehung, die mit Unzufriedenheit und dem Nichtbefolgen von Anweisungen auf Patientenseite korrelieren:

- mangelhafte Informationsweitergabe vom Arzt an den Patienten
- geringe Verständlichkeit der an den Patienten gerichteten Gesprächsbeiträge
- geringe Einprägsamkeit von Informationen für den Patienten.

Die unter Patienten weit verbreitete Unzufriedenheit ist häufig auf Kommunikationsmängel im ärztlichen Gesprächsverhalten zurückzuführen. Die Negativwirkungen ineffektiver Kommunikationspraktiken im Arzt-Patient-Gespräch sind durch zahlreiche Studien zur Compliance illustriert, die das Befolgen ärztlicher Ratschläge durch Patienten untersuchen.

⁵ Eine detaillierte Beschreibung des Problembereichs Information und Aufklärung ist bei Wilker zu finden (1994: 260).

4. Das hohe Ausmaß der Non-Compliance unter Patienten

„Die Diskrepanz zwischen der ärztlichen Verordnung und dem tatsächlichen Verhalten der Patienten ist besorgniserregend“ (Sackett und Snow 1986:19). Die Non-Compliance vieler Patienten hat zum Teil volkswirtschaftlich äußerst bedenkliche Ausmaße angenommen. Mehrere Studien kommen zu dem Schluss, dass im Durchschnitt 50% der Patienten ihre verschriebenen Medikamente nicht korrekt einnehmen (vgl. Ley 1988, Lazare 1995). In den USA spricht man bereits von einer Epidemie der Non-Compliance. Unter all den Faktoren, die die Compliance negativ beeinflussen, stehen Störungen der Kommunikation zwischen Arzt und Patient ganz oben. Ein wesentlicher Grund für therapeutischen Ungehorsam und das Nichtbefolgen ärztlicher Anordnungen ist die Unzufriedenheit mit dem ärztlichen Gespräch. Denn zu therapeutischer Mitarbeit ist nur der Patient bereit, der eine positive Beziehung zu seinem Arzt im ärztlichen Gespräch entwickeln konnte und die Therapie und ihre Begründung akzeptiert (vgl. Ferber in Lüth 1975: 157 ff.).

Die Unzufriedenheit von Patienten kann sich auf vielerlei Arten äußern - im Nichtbefolgen des Behandlungsplans, in Schadensersatzprozessen oder in der Hinwendung zu Vertretern alternativer Heilmethoden. Das Nichtbefolgen von Medikamentenverordnungen hat sich als einer der Hauptgründe für Krankenhauseinweisungen erwiesen.

Das hohe Ausmaß der Non-Compliance unter Patienten fordert Überlegungen heraus, wie sich Compliance erzielen lässt. Die Diskussion um Compliance und ihre Abhängigkeiten hat sich lange vorwiegend nur mit der Verständlichkeit ärztlicher Anweisungen sowie der des Beipackzettels beschäftigt.

Auf der anderen Seite wurden technische Aspekte der Compliance untersucht, die eine wesentliche Rolle bei den pharmakologischen Therapien großer Volkskrankheiten, wie etwa den Herz-Kreislauf-Erkrankungen, spielen. Bei diesem Ansatz wurde dem Patienten eine passive Rolle zugeschrieben, dessen Reaktion von der Patientenpersönlichkeit und von den Merkmalen des Therapeutikums bzw. des Therapieplanes geleitet werden (vgl. Lang, Arnold 1994: 8).

Die Übertragung des Health Belief Models auf den therapeutischen Bereich hat sich als hilfreich erwiesen. Das Model der gesundheitlichen Überzeugung versucht die Verhaltensbereitschaft aus einer Reihe kognitiver Faktoren wie die wahrgenommene Anfälligkeit, Ernsthaftigkeit einer Krankheit, Nutzen und Kosten eines Verhaltens abzuleiten. Untersuchungen belegen, dass die Beziehung zwischen Health Beliefs und der Compliance wechselseitiger Art ist (Becker 1986: 96).

Kenntnisse der individuellen, persönlichen Einschätzungen (Health Beliefs) können dem Arzt helfen, die Compliance bzw. Noncompliance ihrer Patienten zu antizipieren und gegebenenfalls im Gespräch mögliche Probleme zu thematisieren (ebenda: 123).

Dass der Arzt bei der Compliance eine nicht unwichtige Rolle spielt, wurde ursprünglich nicht sehr deutlich gesehen. Die Frage nach dem Arzt-Patient-Verhältnis als Bedingung der Compliance wurde später gestellt und die Reichweite ihrer Bedeutung auch erst später erkannt. (Lang, Arnold 1994: 8)

Die unterschiedlichen Einflüsse auf die Compliance lassen sich mittlerweile spezifizieren. Ein wichtiger Einflussfaktor ist die Zufriedenheit mit dem Arzt, beziehungsweise die Zufriedenheit mit dem Arztgespräch. Die Patientenzufriedenheit vermag die Compliance teilweise vorauszusagen (vgl. ebenda: 9). Weitere Einflussvariablen sind das Verständnis des Patienten und sein Gedächtnis. Beide beeinflussen sowohl direkt als auch indirekt über die Zufriedenheit die Compliance. Dieses ursprünglich von Ley & Spellman 1967, später von Ley weiter entwickelte Modell beschreibt zumindest partiell die Zusammenhänge zwischen Compliance und Zufriedenheit der Patienten.

Die Verbindung von Compliance und Zufriedenheit mit ärztlicher bzw. medizinischer Versorgung gestattet einen methodischen Zugang zur Evaluation und hat sich als hilfreich bei der Optimierung von Präventions- und Therapiemaßnahmen, ja sogar gesundheitspolitischer Strategien erwiesen (vgl. Lang, Arnold 1994: 9).

Gordon berichtet von Untersuchungsergebnissen, die eine stark ausgeprägte Zufriedenheit bei Patienten dokumentieren im Zusammenhang mit

- 1) freundlichem und höflichem Verhalten des Arztes gegenüber den Patienten,
- 2) einer einführenden und offenen Fragetechnik des Arztes, die die Sorgen und Erwartungen der Patienten zutage fördert und
- 3) der Klärung, Zusammenfassung und Weitergabe von Informationen an den Patienten in einer für ihn verständlichen Sprache.

Die Möglichkeit, den Behandlungserfolg von ärztlicher Seite zu erhöhen, besteht darin, die Kooperationsbereitschaft der Patienten zu verbessern. Studien belegen, dass die Mehrheit der Patienten, die die Gesprächsführung und Kommunikationsfähigkeit ihres Arztes positiv bewerteten, mit der Behandlung zufriedener waren und dessen Anweisungen eher befolgten (vgl. Wilker 1994: 262).

Ineffektive Kommunikation im Arzt-Patient-Gespräch ist eine der Hauptursachen für die wirtschaftlich bedenklich hohen Non-Compliance-Raten unter Patienten. Die einzige Einflussmöglichkeit von ärztlicher Seite, die Kooperationsbereitschaft der Patienten und damit den Behandlungserfolg zu erhöhen, besteht darin, die Kommunikationssituation im Gespräch zu verbessern.