

VIII. Die Arzt-Patient-Beziehung

Die Beziehung zwischen Arzt und Patient befindet sich in einem Umbruch. Der Wandel des Krankheitsspektrums von eher somatisch geprägten Akutkrankheiten hin zu chronisch-degenerativen und psychosomatischen Erkrankungen hat auch zu geänderten Anforderungen an die Arzt-Patient-Beziehung geführt (vgl. Langewitz 2003: 779). Angesichts eines Krankheitspanoramas, das mehr und mehr von der Zunahme chronischer und alterstypischer Erkrankungen geprägt ist, ist die aktive Mitarbeit des Patienten, seine feste Einbindung in das therapeutische Arbeitsbündnis unerlässlich. Informationsmedizinische Arbeit ist demzufolge wichtiger als je zuvor. Unter Informationsmedizin wird die Vermittlung medizinischer und gesundheitsbezogener Informationen an den medizinischen Laien verstanden. Da wir heute eher vom Leitbild eines "mündigen Patienten" ausgehen müssen, ist der mündige Patient letztlich derjenige, der aufgrund gesundheitsbewusster Lebensführung einer Reihe von Erkrankungen, sogenannter Zivilisationskrankheiten, vorbeugen kann. In diesem Sinne ist Informationsmedizin als ein Instrument der Prävention zu verstehen (vgl. Lang 1996: 11 f.).

Auch die kurative Medizin bedarf in wachsendem Umfang der Unterstützung durch informationsmedizinische Maßnahmen. Informationsmedizin ist in erster Linie ein Instrument der Prävention und damit Grundlage einer gedeihlichen und konstruktiven Arzt-Patient-Beziehung. Wie diese lebt sie primär vom gesprochenen Wort, vom kommunikativen Austausch zwischen Arzt und Patient.

Der Gesundheitsförderung kommt in der Zukunft eine besondere Aufgabe zu. Die Aufgabe der Gesundheitsförderung stellt neuartige und qualitativ höhere Anforderungen an die kommunikative und interaktive Kompetenz des Arztes. Der Arzt von morgen wird in viel stärkerem Maße als heute auf den noch gesunden Menschen zugehen müssen.

Die Veränderung des Krankheitspanoramas, der Wandel hin zum mündigen Patienten sind relativ träge Entwicklungen, die in langen Zeiträumen zu sehen sind. Was zur Veränderung der Arzt-Patient-Beziehung derzeit hingegen in viel dramatischerem Umfang beiträgt, sind die enormen Anpassungsleistungen, die das Gesundheitssystem infolge des Gesundheitsstrukturgesetzes zu bewältigen hat. Diese zwingen Ärzte, die gewachsenen Formen der Arzt Patient Beziehung unter dem Aspekt der Qualitätssicherung zu sehen und überlieferte, aber häufig nicht mehr zeitgemäße Rollenschemata im Umgang zwischen Arzt und Patient in Frage zu stellen und sie den neueren Erfordernissen anzupassen (vgl. ebenda: 14).

1. Prototypische Beziehungsformen

Um sich aus den Rollenzwängen befreien zu können, ist es wichtig, sich der verschiedenen Beziehungsformen zwischen Arzt und Patient bewusst zu werden. Denn aus der Beziehungsstruktur ergeben sich unterschiedliche Konstellationen für das Arzt-Patient-Gespräch. Der Gesundheitspsychologe DiMatteo (1991) geht von drei grundlegenden Beziehungsmodellen aus:

- 1) das Aktiv-Passiv-Modell, bei dem die Patienten an ihrer Versorgung selbst nicht teilnehmen
- 2) das Arztführungs-Kooperationsmodell, bei dem der Arzt die Hauptverantwortung für Diagnose und Behandlung trägt
- 3) das Modell der arbeitsteiligen Partnerschaft, bei dem Arzt und Patient in allen Fragen gemeinsame Entscheidungen treffen, angefangen vom diagnostischen Ansatz bis zur Festlegung und Durchführung der Behandlung.

Im dritten, von DiMatteo favorisierten, Modell tragen beide Seiten zu der Beziehung bei und übernehmen Verantwortung. Im Regelfall werden Fragen und Probleme offen angesprochen. Es stellt die effektivste Form des Austausches zwischen Arzt und Patient dar. Beide Seiten bringen ihre Sachkenntnis in das Bemühen ein, für die Gesundheit des Patienten zu sorgen. Dies kann nur durch eine klare und effektive Kommunikation gelingen (vgl. DiMatteo 1991: 194).

Ein ähnliches, aber komplexeres System zur Beschreibung von Arzt-Patient-Beziehungen wurde von Emanuel/Emanuel 1992 entwickelt:

- 1) das autoritäre Modell, bei dem der Arzt vorab entscheidet, welche Maßnahmen geeignet sind, und sich dann um die Zustimmung des Patienten bemüht
- 2) das Informationsmodell, bei dem der Arzt als sachkundiger Experte die relevanten Informationen zur Verfügung stellt und der Patient die Maßnahme auswählt, die er für richtig hält
- 3) das Erklärungsmodell, bei dem der Arzt als Berater fungiert und sowohl über die medizinischen Zusammenhänge als auch über die Risiken und Chancen möglicher Maßnahmen informiert
- 4) das Diskussionsmodell, bei dem der Arzt in der Rolle des Lehrers oder Freundes mit dem Patienten in einen Dialog eintritt, um ihn in den Stand zu versetzen, Entscheidungskriterien zu reflektieren und eine Vorgehensweise zu wählen, die am besten zu seinen Vorstellungen passt.

Das letztgenannte Modell beinhaltet nach Gordon und Edwards den Aspekt der Fürsorge für den Patienten und ermöglicht gleichzeitig seine aktive Teilnahme am gesamten

Betreuungsprozess (Gordon 1995: 46). Dieses Modell erfordert allerdings grundlegende Veränderungen in der ärztlichen Ausbildung und Praxis. So müssen Ärzte lernen, mehr Zeit für die Kommunikation mit dem Patienten aufzuwenden, und es muss ein Leistungsbemessungssystem entwickelt werden, das Ärzte, die sich die Zeit nehmen, grundsätzliche Probleme der Behandlung mit ihren Patienten zu erörtern, angemessen entlohnt und nicht bestraft (Emanuel/Emanuel 1992, S. 2226).

Archetypische Beziehungen

Zur Beschreibung archetypischer Beziehungsformen zwischen Arzt und Patienten wird die Ausübung von Macht oder Kontrolle als ein Kriterium zur ihrer Unterscheidung herangezogen. Gordon weist darauf hin, dass weder Ärzte noch Patienten dieselbe Macht haben wie Eltern über ihre Kinder oder Vorgesetzte über ihre Untergebenen.

Tatsächlich beruht die Beziehung zwischen Arzt und Patienten auf einer Übereinkunft: Sie entsteht und existiert mit Zustimmung beider Seiten. Es ist keine Zwangsbeziehung, sondern sie resultiert daraus, dass sie für beide Seiten von Nutzen ist. (Gordon 1995: 49)

Beziehungsmodelle, die auf Macht basieren, sind meist Entweder/Oder-Konzeptionen, die primär arztzentriert oder patientenzentriert sind. Die Einsicht, dass es nicht erforderlich ist, sich alternativ entweder für den autoritären oder den nachsichtigen, alles duldenden Führungsstil zu entscheiden, zeigt sich bereits bei Eltern und Managern. Diese dritte Möglichkeit beschreibt eine Beziehung, die auf der Mitarbeit und aktiven Teilnahme beider Seiten beruht. Sie wird als kooperative, arbeitsteilige oder demokratische Beziehung oder Partnerschaft bezeichnet. Gordon wählt den Begriff der arbeitsteilignpartnerschaftlichen Beziehung.

Sie ist grundsätzlich von der Art autoritärer Beziehung zu unterscheiden, wie sie im Umgang mit Eltern, Lehrern oder Vorgesetzten existiert, in denen ein Beteiligter stets mehr machtbezogene Autorität besitzt als die anderen. Gordon verweist auf die unterschiedlichen semantischen Bedeutungen des Wortes „Autorität“, die es zu klären gilt, bevor man die Beziehung zwischen Ärzten und Patienten beschreiben kann (vgl. ebenda: 51).

Autorität (Macht)

Machtbezogene Autorität - die Fähigkeit, andere zu kontrollieren, unter Druck zu setzen und zu bestimmten Verhaltensweisen zu zwingen - leitet sich aus der Möglichkeit ab, Belohnungen zu gewähren oder Strafen zu verhängen.

Autorität (fachliche Kompetenz)

Diese Form der Autorität gründet auf Fachwissen, Erfahrung oder Ausbildung, wird auch als „erworbene Autorität“ bezeichnet – sie verleiht einem Menschen Einfluss, ist aber kein Herrschaftsinstrument.

Autorität (berufliche Stellung)

Diese Form der Autorität beruht auf der beruflichen Stellung und der Akzeptanz durch andere in dieser Position. Die Person in dieser Stellung ist „autorisiert“ bestimmte Dinge zu tun, hat das Recht, bestimmte Pflichten und Aufgaben zu erfüllen und Verantwortlichkeiten wahrzunehmen.

Autorität (Vertrag)

Diese Form der Autorität leitet sich her aus dem Abschluss von Verträgen und Vereinbarungen mit anderen Personen sowie aus Versprechungen oder Verpflichtungen diesen gegenüber. Ein Patient gibt seine Zustimmung, dass ein Arzt einen operativen Eingriff vornimmt. Er ist autorisiert, diese Operation vorzunehmen. Diese Form von Autorität kann zu sehr starkem Einfluss auf andere, nicht aber zur Ausübung von Herrschaft genutzt werden.

Anhand der von Gordon vorgenommenen Unterscheidung von Autorität wird deutlich, dass Ärzte Autorität nur im Sinne von Sachkenntnis (fachlicher Kompetenz), im Zusammenhang mit der beruflichen Stellung und vertragsgebundener Autorität ausüben können. Bei diesen drei Formen von Autorität handelt es sich um legitime Möglichkeiten, andere zu beeinflussen.

Die Autorität des Arztes wird vom Patienten aufgrund seiner fachlichen Kompetenz und Expertise anerkannt. Indem sich der Patient der ärztlichen Autorität entzieht, bewahrt er sich ein gewisses Maß an Autonomie. Der Aktionsradius von Arzt und Patient muss in der gemeinsamen Beziehung ausgehandelt werden. Die Verhandlungsfähigkeit von Patienten kann mitunter stark variieren. Das früh entwickelte Bewusstsein über die medizinischen Zwänge und den Druck, denen Patienten manchmal ausgesetzt sind, hat dazu beigetragen, dass man die Patientenautonomie schon in den 60er Jahren als einen wichtigen Grundsatz in der Medizinethik verankerte (Roter 1992: 23).

Anhand von vier prototypischen Beziehungen beschreibt Roter die verschiedenen Arten der Ausübung von Kontrolle in der Arzt-Patient-Beziehung.

Tab. 1: **Die vier Archetypen von Arzt-Patient-Beziehungen**

(eigene Übersetzung nach Roter 1992)

		Arztkontrolle	
		niedrig	hoch
Patientenkontrolle	niedrig	Vernachlässigung	Paternalismus
	hoch	Verbraucherhaltung	Gegenseitigkeit

Paternalismus

ist die am meisten verbreitete Beziehungsform zwischen Arzt und Patient. Sie ist gekennzeichnet durch einen dominanten Arzt und einen passiven, abhängigen Patienten. Parsons argumentiert, dass dieses Modell im Hinblick auf die Sozialstruktur einer Gesellschaft am funktionalsten ist. Der Arzt legitimiert die Krankheit und die versäumten sozialen Verpflichtungen des Patienten. Er entscheidet über Behandlungsverlauf und mögliche Privilegien (wie z.B. Krankschreibung, Kur, Arbeitsunfähigkeit). Der Arzt entscheidet, wann die Gesundheit des Patienten wieder hergestellt ist und entzieht die Privilegien der Krankheit. Die Bedeutung einer väterlichen und fürsorglichen Haltung wird besonders bei schwerer Krankheit betont. Allein die Entlastung durch den Arzt wird als heilsam empfunden.

Wie Placebo-Studien gezeigt haben, kann die Idealisierung des Arztes, die in diesem Modell zum Tragen kommt, einen therapeutischen Effekt haben. Auch wenn beide Interaktionspartner sich auf eine paternalistische Beziehung verständigt haben, bleibt immer noch zu klären, ob der Patient die passive Rolle nicht nur angenommen hat, weil er sich der Alternativen nicht bewusst war oder unfähig ist, eine aktivere Position zu beziehen. Interessant ist die Feststellung, dass Ärzte sich als Patienten wie ihre Patienten verhalten und dem Arzt die Entscheidung überlassen.

Verbraucherhaltung

Die Verbraucherhaltung ist typisch für eine Beziehung, in der der Patient nach ökonomischen Gesichtspunkten vorgeht. Die traditionelle Rollenverteilung wird zugunsten einer marktorientierten Perspektive aufgegeben. Gründe für diese Entwicklung sind zum einen die Kostenspirale im Gesundheitswesen und der Wechsel von kurativer zu präventiver Medizin. Viele medizinische Leistungen müssen vom Patienten selber getragen werden. Bei der Betonung von Krankheitsprävention ist der Patient nicht länger Bittsteller, sondern trifft eine bewusste Entscheidung. Der Fokus liegt auf den Rechten und Wünschen des Käufers, der in diesem Fall der Patient ist.

Der Verkäufer (Arzt) genießt keine besondere Autorität. Der Arzt wird in diesem Modell als *health care provider* beschrieben. Am ehesten nehmen jüngere Patienten und Patienten mit einem höheren Ausbildungsgrad diese Verbraucherhaltung ein. Ältere Patienten hingegen erscheinen besonders unwillig, unabhängig von der ärztlichen Autorität zu handeln und Entscheidungen zu treffen.

Gegenseitigkeit

Bei der schwierigen Aufgabe, eine Entscheidung zu finden, bringen die Partner ihre Stärken und Ressourcen in die Beziehung ein. Da Uneinigkeit in einer gegenseitig respektierenden Art und Weise zum Ausdruck gebracht wird, bezeichnen Roter und Hall diesen Prototyp mit dem Begriff der „Gegenseitigkeit“.

Die Beziehung ist konsensgebunden, aber nicht verpflichtend. Der Wille zu Verhandlungen wird vorausgesetzt. Die Teilnehmer sollen von der Beziehung profitieren. Ausgangspunkt ist die Patientenschilderung der Probleme und die Frageintervention des Arztes. Dabei handelt es sich um einen zweiseitigen Prozess. Der Patient schildert seine Sorgen offen und vollständig. Der Arzt arbeitet dann gemeinsam mit dem Patienten daran, das Problem zu artikulieren und dessen Bitte zu formulieren. Wenn die Erwartungen verbalisiert sind, kann der Prozess der Verhandlung beginnen. Einige Bitten können erfüllt, andere müssen modifiziert werden. Gemeinsam muss nach einem Kompromiss gesucht werden. Dem Patienten steht es frei, Hilfe woanders zu suchen. Genauso hat der Arzt die Freiheit, seine Hilfe nicht zu gewähren, wenn er es als unmöglich ansieht, die Wünsche des Patienten zu erfüllen oder die Behandlungsziele zu erreichen. Brody zufolge (1980) wird eine Beziehung auf Gegenseitigkeit begünstigt durch eine Kommunikation, die die Teilnahme des Patienten fördert, dessen Ziele und Erwartungen ermittelt, über die Natur des Problems informiert, die Vor- und Nachteile alternativer Behandlungsmöglichkeiten erläutert, Vorschläge und Präferenzen des Patienten zu Tage fördert und unterschiedlichen Meinungen gemeinsam diskutiert.

Der Arzt sollte Kenntnis über Werte wie Gesundheit, Sexualität, Unabhängigkeit und wirtschaftliche Belange haben, anhand derer der Patient sein Leben ausrichtet und Entscheidungen trifft. Sie haben besondere Implikationen für das Gesundheitsverhalten. Der Arzt sollte die Behandlungsmethoden an die Wertvorstellungen des Patienten knüpfen, um dazu beizutragen, die Abläufe der Entscheidungsfindung zu erhellen und die therapeutische Mitarbeit des Patienten zu motivieren. Die ärztliche Expertise wird hierbei voll genutzt. Effektive Kommunikation ist nicht nur die Vermittlung eines Behandlungskatalogs.

Meaningful exchange is the give and take necessary for an understanding of the patient's perspective by the provider and an appreciation of the options and their consequences, in terms of daily life, by the patients. (Roter 1992: 31)

In dieser von Gegenseitigkeit geprägten Beziehung kommt dem Gespräch eine eminente Bedeutung zu.

Vernachlässigung

Mit *default* bezeichnet Roter eine Beziehung, die auf beiden Seiten durch Nicht-Ausübung von Kontrolle charakterisiert ist. Sie beschreibt eine stagnierende Situation, in der die Handlungsbasis paralytisch ist. Weder Arzt noch Patient haben die Verantwortung für medizinische Entscheidungen übernommen und gemeinsam keine akzeptable Linie ausgehandelt. Diese Situation kann eintreten, wenn Erwartungen nicht übereinstimmen oder Bedürfnisse und Umstände sich verändert haben, so dass eine einst funktionierende Beziehung nicht länger optimal ist. Diese schlecht funktionierende Beziehung kann noch eine Weile aufrechterhalten werden, bis sie aufgekündigt wird. In den meisten Fällen ist es der Patient, der einfach wegbleibt. Der Arzt ist sich der Gründe für das Wegbleiben des Patienten oft nicht bewusst, weil der Patient niemals wiederkommt. Im schlimmsten Fall kommt es zu einer Beschwerde.

Kommunikationsschwierigkeiten werden bei einer Patientenklage wegen ärztlichen Fehlverhaltens zwar nicht als Hauptgrund genannt, aber weiträumig als Mitursache aufgeführt (vgl. ebenda: 34). Die Mehrzahl von Prozessen könnte vermieden werden, wenn im Vorfeld die Kommunikation zwischen Arzt und Patient gestimmt hätte.

Wie wir gesehen haben, ergeben sich aus der Beziehungsstruktur unterschiedliche Konstellationen für das Arzt-Patient-Gespräch. Die Mehrzahl der Ärzte stimmt darin überein, dass ein bedeutsamer Schritt getan ist, wenn es gelingt, Einsicht in die Situation des Patienten zu gewinnen. Das Gespräch ist die wichtigste Voraussetzung, um diese zu gewinnen. Ohne dieses Maß an Einsicht bleiben Beziehungen oberflächlich und unproduktiv. Arzt und Patient verfolgen dann unterschiedliche Ziele.

Nur wenn dem Patienten ein gewisses Maß an Autonomie und Entscheidungsfreiheit zugestanden wird, rückt das Gespräch stärker in den Vordergrund und bildet dann die Grundlage für gemeinsame Verhandlungen (vgl. Roter 1992). Dann wird deutlich, dass eine Vielfalt von Beratungsstilen letztendlich zu einem gelungenen ärztlichen Handeln führt (vgl. Elder 1987: 10).

Die Beziehungskonstellation zwischen Arzt und Patient beeinflusst die Kommunikationsstruktur. Je nachdem, um welche Art von Beziehung es sich handelt, erfährt das gemeinsame Gespräch eine andere Bedeutung.

2. Die Mitarbeit des Patienten

Die Teilnahme des Patienten am Entscheidungsprozess bestimmt die Qualität der Arzt-Patient-Beziehung mehr als jeder andere Faktor (vgl. Gordon 1995: 56). Die Mehrzahl der Autoren, die sich mit der Problematik der Arzt-Patient-Kommunikation befasst, spricht sich deshalb für eine intensivere Zusammenarbeit mit den Patienten und deren stärkere Einbindung in die Beziehung zum Arzt aus (ebenda: 43). Aus psychologischer Sicht basieren befriedigende und dauerhafte Beziehungen darauf, dass beide Parteien gemeinsam an der Lösung ihrer Probleme arbeiten und zu Kompromissen gelangen, die beide Seiten zufriedenstellen (ebenda: 68).

Der Verlust über die Kontrolle lässt Patienten hilflos und abhängig werden und verschlechtert die klinische Prognose. Es wird berichtet, dass Patienten die eine aktivere Haltung einnahmen, zufriedener mit ihren Ärzten waren, sich weniger beklagten, weniger Symptome zeigten und sich weniger schlecht fühlten als passivere Patienten. Ihr allgemeiner Zustand war insgesamt besser. Diese Ergebnisse sind konsistent mit einer anderen Studie, in der die aktive verbale Teilnahme im Gespräch mit positiven Veränderungen von Blutzucker und Blutdruck assoziiert wurde (vgl. Roter 1992).

Es ist wichtig, den Patienten am Entscheidungsprozess über mögliche Wege zu Heilung aktiv zu beteiligen. Roter plädiert für eine aktive Mitbestimmung von Patienten bei Diagnose, Festlegung und Umsetzung des Behandlungsplans sowie der Nachbehandlung.

Es ist möglich, die eng gefasste Rollenzuweisung, bei der der Arzt aktiv und der Patient passiv ist, weiter zu fassen. Mit Hilfe des Arztes kann der Patient lernen, sich an seiner medizinischen Versorgung zu beteiligen und mehr Verantwortung für seine Gesundheit zu übernehmen. Den Patienten an Entscheidungen zu beteiligen, macht schon in Anbetracht des geltenden Rechtssystems Sinn, das dem Patienten einen Anspruch auf Information und Aufklärung zusichert. Viele Ärzte befürchten jedoch, dass zunehmende

Patientenmitbestimmung mehr Zeitaufwand für sie bedeutet, der sich nicht bezahlt macht. Unzureichende oder mangelhafte Kommunikation führen dazu, dass Patienten Anweisungen falsch verstehen, wichtige Schritte im Behandlungsplan vergessen oder sich nicht an Anordnungen ihres Arztes halten. Die Auswirkungen der Non-Compliance nachträglich zu korrigieren, kostet später zusätzliche Zeit.

In Unternehmen wird das Mitbestimmungsprinzip schon lange praktiziert. Wissenschaftlichen Studien zufolge ergeben sich höhere Produktivität, bessere Arbeitsmoral, weniger Beschwerden, größere Zufriedenheit mit der Arbeit, geringere Personalfuktuation und eine stärkere Bereitschaft, einmal gefällte Entscheidungen zu respektieren und umzusetzen.

Wenn man davon ausgeht, dass Patienten sich stärker für die Umsetzung eines Behandlungsplans engagieren, an dessen Entstehung sie beteiligt waren, könnte die Mitbestimmung von Patienten die hohe Rate der Non-Compliance unter Patienten reduzieren helfen (vgl. Gordon 1995: 58). Da die meisten Patienten jedoch nicht an eine Beziehung gewöhnt sind, in der ihre aktive Mitarbeit gefordert ist, liegt es in der Verantwortung des Arztes, die Mitwirkung des Patienten zu fördern. Es ist ein wesentliches Element der Beziehung, den Patienten zu ermutigen, Fragen zu stellen. Wie bereits dargestellt, besteht die Hälfte dessen, was Patienten im Gespräch mit ihren Ärzten sagen, aus Informationen, die sie in Beantwortung von Fragen des Arztes liefern. Viele Patienten glauben daher, das Recht auf Fragen sei nur dem Arzt vorbehalten, scheuen Eigeninitiativen und vermeiden Fragen. Ärzte müssen deshalb deutlich machen, wie sehr ihnen an den Initiativen des Patienten und dessen aktiver Beteiligung an der Diagnosefindung liegt. Ärzte, die so verfahren, sehen ihre Patienten ganzheitlich; sie orientieren sich stärker auf die Person, weniger auf das Problem. Es ist ihr Ziel, die Patienten in die Lage zu versetzen, den fortlaufenden Prozess der Selbstdiagnose zu bewältigen. Das hat zur Folge, dass Patienten tendenziell zufriedener sind, weil sie mehr „Kontrolle über ihr Schicksal“ haben und sich weniger abhängig von einem Experten fühlen (vgl. ebenda: 67).

Die Mitarbeit des Patienten am Entscheidungsprozess stärkt die Beziehung zwischen Arzt und Patient und trägt dazu bei, die hohe Rate der Non-Compliance unter Patienten zu reduzieren.

3. Grundzüge einer idealen Beziehung

In der Fachliteratur werden viele idealtypische Beziehungsformen zwischen Arzt und Patient diskutiert. Alle Modelle haben eines im Grundsatz gemein, wenn sie von patientenzentrierten, offenen, egalitären oder demokratischen Beziehungen sprechen. Grundvoraussetzung für eine effektive Beziehung ist eine wechselseitige, in beide Richtungen offene Kommunikation. Eine solche Zielsetzung erfordert andere Fertigkeiten als jene, die traditionell im Medizinstudium vermittelt werden, bei der es im Wesentlichen um die Diagnose und Behandlung von Krankheiten geht.

Gordon vertritt die Ansicht, dass Ärzte sich in neue Kommunikationsfertigkeiten erst dann einarbeiten werden, wenn sie erkannt haben, „wo die wahre Bedeutung eines anderen Beziehungsmodells liegt - in einer Neuorientierung ihrer Beziehung zum Patienten“ (Gordon 1995: 43). Denn im autoritären Modell besteht keine Notwendigkeit für eine wechselseitige Kommunikation. In dieser Beziehung findet Kommunikation nur in einer Richtung statt.

In Gesprächsführungskursen zur Vermittlung kommunikativer Fertigkeiten wird deshalb zu Beginn der Veranstaltung die Einstellung und Haltung der Teilnehmer zum Patienten eruiert und diskutiert.

Im Idealfall sollte die Beziehung zwischen Arzt und Patient kooperativ und demokratisch sein. Sie ist nicht durch Zwang, sondern durch Freiwilligkeit gekennzeichnet. Der Patient sucht einen Arzt auf und erwartet Unterstützung bei der Lösung seiner Probleme. Arzt und Patient sind Personen gleichen Rechts, mit unterschiedlichem Wissen. Jeder kennt wichtige Fakten, die dem anderen nicht zugänglich sind. Der Arzt verfügt über Sachkenntnis, Erfahrung und Wissen. Er erteilt professionelle Ratschläge oder stellt Dienstleistungen zur Verfügung auf dem Gebiet, auf dem er ein spezielles Fachwissen oder eine spezielle Ausbildung hat. Der Patient ist Experte, was seine Krankheit angeht. Das Wissen des Patienten über seine Erkrankung bildet die Grundlage für die Diagnose des Arztes.

Die Beziehung zwischen Arzt und Patient entspricht einer „arbeitsteiligen-partnerschaftlichen Beziehung“ (ebenda: 64). Beide Seiten haben genau festgelegte Rechte und Pflichten. So darf der Patient dem Arzt wichtige Informationen bezüglich Beschwerden, Medikamenteneinnahme und Vorerkrankungen nicht vorenthalten. Er trägt die Verantwortung für seine Gesundheit und muss sich an der Behandlung aktiv beteiligen und Sorge für die Einhaltung des gemeinsam erstellten Behandlungsplans tragen.

Der Arzt hat die Aufgabe, den Patienten umfassend zu untersuchen und bestmöglich zu behandeln. Er ist verpflichtet, den Patienten über Diagnose, Behandlungsvorgehen und mögliche Risiken aufzuklären und zu informieren.

Der Patient ist gleichberechtigter Partner bei der Behandlung der Krankheit. Die Arzt-Patient-Beziehung beruht auf Konsens, wobei der Patient die Verantwortung für Veränderung trägt. Der Arzt fungiert als Berater und muss sich verstärkt um die Frage kümmern, wie er dem Patienten helfen kann, seine Einstellungen zu verändern und sein Verhalten zu modifizieren. Der Patient arbeitet aktiv bei der gemeinsamen Entscheidungsfindung mit. Es wird nach Wegen gesucht, den Patienten dabei zu unterstützen, seine Stärken klarer zu erkennen und besser einsetzen zu lernen.

Der Patient muss sich seiner Entscheidungsmöglichkeiten bewusst werden und zunehmend mehr Verantwortung für seine Gesundheit, Weiterentwicklung und Selbstverwirklichung übernehmen. Indem der Arzt die Selbstheilungskräfte und Entwicklungsmöglichkeiten des Patienten aktiviert, fungiert er als Katalysator und als Vermittler von Veränderungen. Arzt und Patient verständigen sich darauf, im gemeinsamen Bemühen das Behandlungskonzept zu erstellen. Der Patient ist zwar im Krankheitsfall auf den Arzt angewiesen, befindet sich aber noch lange nicht in der Rolle des Untergebenen. Auch wenn der Arzt im Gespräch eine Problemlösung anstrebt, so darf er den Patienten doch nicht mit seinen eigenen Interpretationen überschütten und Wege in eine bestimmte vielversprechende Richtung weisen (Balint bezeichnet diese Haltung als die apostolische Mission des Arztes). Der Patient prüft die Empfehlungen des Arztes sorgfältig, muss ihnen aber nicht unbedingt Folge leisten. Als Interessenvertreter des Patienten ist es die Aufgabe des Arztes, den Patienten dabei zu unterstützen, sich zu beschweren, Fragen zu stellen und seine Ansichten zu vertreten ohne Angst haben zu müssen, nicht mehr gut betreut zu werden.

Der Arzt als Diagnostiker soll in dieser Partnerschaft lediglich derjenige sein, der die gemeinsam festgelegte Therapie initiiert hat, er muss den Patienten soweit befähigen, dass dieser für sich selbst sorgen kann, nach der Entlassung seine Medikation versteht und diese bei Nebenwirkungen gegebenenfalls umstellt und die Entscheidung letztlich zu Hause selber trifft (vgl. Gordon 1995: 48).

Um eine effektive Kommunikation in beide Richtungen in Gang zu setzen, bedarf es spezieller kommunikativer Fertigkeiten. Es ist die Aufgabe des Arztes, eine arbeitsteilige-partnerschaftliche Beziehung zu initiieren. Ärzte müssen zunächst davon überzeugt werden, wie vorteilhaft und sinnvoll es ist, auf eine aktive Teilnahme von Patienten hinzuwirken.

4. Das Sechs-Stufen-System für effektive Zusammenarbeit

Auf der Grundlage eines Verfahrens von John Dewey zur Lösung wissenschaftlicher Probleme hat Gordon ein Sechs-Stufen-System entwickelt, das eine effektivere Zusammenarbeit ermöglicht und dabei helfen soll, eine arbeitsteilig-partnerschaftliche Beziehung herzustellen und aufrechtzuerhalten.

Zur Veranschaulichung hat Gordon ein fiktives Szenario entwickelt, das zeigt, wie das System in die Praxis integriert werden kann (vgl. Gordon 1995: 69 ff.).

Nachdem der Arzt den Patienten begrüßt, sich vorgestellt und einige wichtige Fragen an den Patienten gerichtet hat, könnte er so verfahren, dass er die arbeitsteilig-partnerschaftliche Vorgehensweise kurz darstellt und dann erläutert, warum er sich dafür entschieden hat und welche Vorzüge diese Methode hat. Danach könnte er anhand von Schaubildern den Patienten mit den sechs Stufen des Interaktionsprozesses vertraut machen.

1. Stufe: Darlegung des Problems

Problemschilderung des Patienten - Beschwerden, Symptome und Empfindungen.

Der Arzt hört nur zu, macht gegebenenfalls Notizen. Er vermeidet bohrende Fragen, ermutigt den Patienten sich zu öffnen, durch offene Fragen wie „Sonst noch etwas, das Ihnen aufgefallen ist?“- „Fällt Ihnen noch etwas anderes ein, das wichtig sein könnte?“

Daran schließt sich eine körperliche Untersuchung, bei der der Arzt erläutert, was er gerade tut, warum er es tut und was er feststellt. Wenn dies für eine Diagnose ausreicht, informiert er den Patienten und bittet ihn um Kommentare und Informationen.

Falls weitere Tests zur Erhärtung der vorläufigen Diagnose erforderlich sind, werden diese dem Patienten erläutert und ihm erklärt, worin seine Aufgabe bei den Tests besteht.

Liegen die Ergebnisse vor, werden sie gemeinsam besprochen. Lautet die Diagnose auf eine spezifische Krankheit, erläutert der Arzt diese mit Worten und /oder Bildern und Diagrammen. Er ermutigt den Patienten, zu reagieren, Fragen zu stellen und Ängste zu formulieren. Der Arzt hört aufmerksam und einführend zu und vermittelt dem Patienten das Gefühl, dass er dessen Gefühle und Sorgen versteht und akzeptiert. Um sicherzugehen, dass der Patient die Diagnose verstanden hat, fordert er ihn vielleicht noch einmal auf, die Diagnose mit seinen eigenen Worten zu wiederholen.

2. Stufe: Entwicklung alternativer Lösungen

Der Arzt bittet den Patienten nun, an der Entwicklung möglicher Lösungen mitzuarbeiten. Er betont, dass man keine der möglichen Lösungen bewerten sollte, ehe sie nicht alle formuliert worden sind. Je nach Diagnose kann es die verschiedensten Lösungen geben: Verzicht auf jede Form von Behandlung, Verschreibung weiterer Medikamente, zusätzliche Tests zur Bestätigung der Diagnose, Überweisung an einen Spezialisten, einen Eingriff, Einholen einer zweiten Meinung, vollständige Ruhe und Entspannung, eine Diät oder ein Trainingsprogramm, psychologische Beratung, physikalische Therapie, Arbeit an den Ursachen von Stress, Änderung persönlicher Angewohnheiten, Änderung der Schlafgewohnheiten, Reduzierung der Arbeitszeiten.

3. Stufe: Bewertung möglicher Lösungen

Wenn beide Seiten den Eindruck gewonnen haben, dass es über die bereits auf Stufe 2 entwickelten Lösungen hinaus keine weiteren gibt, fordert der Arzt den Patienten auf, gemeinsam mit ihm diese möglichen Lösungen in Bezug auf Vor- und Nachteile, Kosten, Risiken, Zeitfaktoren, mögliche Kombinationsmöglichkeiten von Alternativen sowie eventueller Resultate zu bewerten.

4. Stufe: Entscheidung für eine beiderseits akzeptable Lösung

Wenn alle Fakten offenliegen und die möglichen Lösungen beurteilt und analysiert worden sind, wird sich für Arzt und Patient eine optimale Lösung herauskristallisieren. Hierbei ist es wichtig, dem Patienten keine bestimmte Lösung aufzudrängen. Denn der Arzt ist sich darüber im Klaren, dass diese nur dann mit Überzeugung und vollständig umgesetzt wird, wenn der Patient der für ihn angemessenen Lösung freiwillig zustimmt. Der Arzt hält die gewählte Lösung fest und überprüft mit dem Patienten deren genaue Formulierung.

5. Stufe: Praktische Umsetzung der Lösung

Eröffnung der Diskussion mit der Frage, was zu tun sei, um die Lösung umzusetzen. Zur besseren Orientierung bietet es sich an, festzuhalten, wer was zu welchem Zeitpunkt tut. Es wird empfohlen, die Aufgaben beider Seiten schriftlich zu fixieren. Der Arzt verpflichtet sich, bestimmte Aufgaben, wie einen Termin für die Krankenhauseinweisung abzumachen, Röntgentermine anzusetzen, Rezepte auszustellen usw. Der Patient seinerseits verpflichtet sich, die Rezepte einzulösen, Termine einzuhalten, Medikamente einzunehmen oder zu tun, was immer notwendig ist.

6. Stufe: Überprüfung des Erfolgs

Dieser letzte Schritt ist wichtig, muss jedoch nicht immer in der gleichen Form vollzogen werden. Der Patient ist sicherlich interessiert zu erfahren, ob die eingeleiteten Maßnahmen das Problem gelöst haben, ob es Tests gibt, mit denen die Wirksamkeit überprüft werden kann, welche Alternativen es gibt, wenn die Maßnahmen keinen Erfolg bringen, und wie lange man auf erste Ergebnisse warten muss. Der Arzt nimmt diese besorgten Fragen natürlich ernst, aber der Patient hat auch Anspruch darauf, von seinem Arzt möglichst umfassend informiert zu werden: etwa über Kriterien wie Erfolg und Misserfolg, die Aussichten auf Erfolg, darüber, woran sich der Patient halten kann, wenn er den Erfolg bemessen will, wann mit Fortschritten zu rechnen ist und wie bald das der Fall sein kann. Der Arzt fordert den Patienten auf, ihn schriftlich oder telefonisch wissen zu lassen, ob und, wenn ja, in welchem Maße der gemeinsam festgelegte Behandlungsplan erfolgreich war. Zum Austausch der entsprechenden Informationen können Arzt und Patient einen zusätzlichen Termin vereinbaren.

In den beiden vorangegangenen Kapiteln wurden Gesprächsziele und -praktiken sowie Beziehungsmodelle vorgestellt, die eine wechselseitige, offene Kommunikation zwischen den Interaktionspartnern in Gang setzen und mehr Gleichheit in der sozialen Beziehung zwischen Arzt und Patient sicherstellen sollen.

Das nun folgende Kapitel ist den Methoden zu ihrer Vermittlung gewidmet und skizziert lerntheoretische Grundlagen der Erwachsenenbildung, auf denen viele Kommunikationstrainings für Ärzte aufbauen. Einleitend werden einige wichtige Forschungseinrichtungen vorgestellt, die sich der Erforschung und Förderung der Arzt-Patient-Kommunikation widmen.