

Gesundheitsfaktor **Zuhören**

Ein Werkstattgespräch

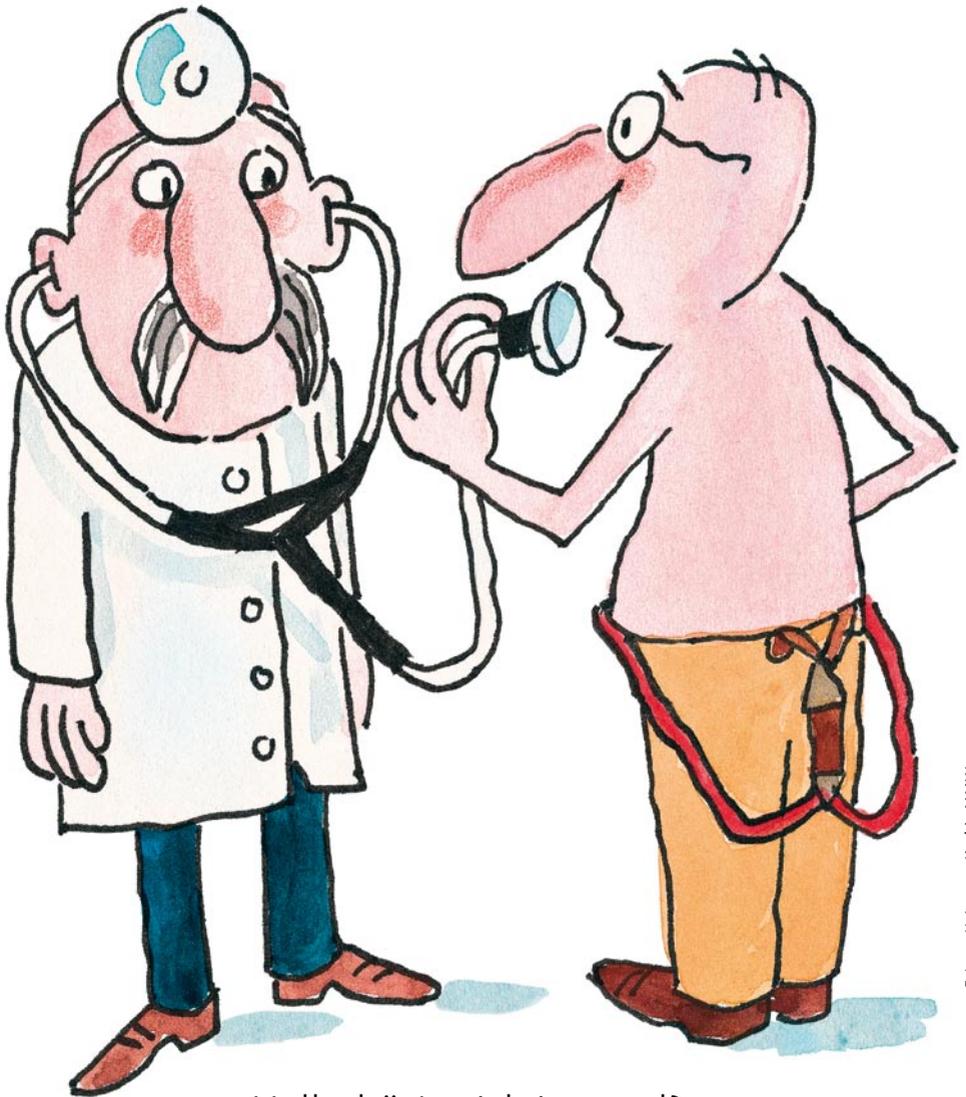


Foto: gettyimages/Archiv MMW

Hallo, hört mich jemand?

Gesundheitsfaktor **Zuhören**

Ein Werkstattgespräch

Herausgeber Stiftung Zuhören, MMW-Fortschritte der Medizin
Redaktion Dr. Sebastian Hügel

Die vorliegende Broschüre ist entstanden im Rahmen des Werkstattgespräches „Gesundheitsfaktor Zuhören“, das im Oktober 2005 in der Bayerischen Landesärztekammer stattfand.

Projekträger Stiftung Zuhören
In Zusammenarbeit mit MMW-Fortschritte der Medizin
Weitere Kooperationspartner Bayerische Landesärztekammer
Bayerischer Rundfunk
Konzeption und Koordination Prof. Dr. Hermann Fießl
Ludowika Huber, M. A.
Förderer Robert-Bosch-Stiftung
Internetpräsenz www.stiftung-zuhoeren.de

Layout/Satz Sabine Berger
Druck xxx



EINFÜHRUNG	4
VORBEMERKUNG	5
1. Zuhören in der ärztlichen Praxis	
Von einer „Sprechstunde“ kann keine Rede sein	6
Zur Einleitung von Herman S. Fülel	
Zum Stellenwert des Zuhörens in der Arzt-Patienten-Kommunikation. Ergebnisse einer Pilotstudie	8
Von Christiane Hemmer-Schanze	
Zuhören in der ärztlichen Praxis	10
Diskussionsbeiträge aus dem Werkstattgespräch	
2. Zuhören als Grundkompetenz – Aspekte der Professionalität	
Welche Leistung verbirgt sich hinter gekanntem Zuhören?	22
Diskussionsbeitrag von Margarete Imhof	
Aspekte der Professionalität	24
Diskussionsbeiträge aus dem Werkstattgespräch	
3. Wo und wie können Ärzte das Zuhören lernen?	
Zuhörförderung in der ärztlichen Ausbildung	27
Warum Zuhören eine ärztliche Kernkompetenz ist und wie man sie lehren kann	27
Ein Bericht vom Reformstudiengang an der Berliner Charité von Ulrich Schwantes	
Der Status quo in der Ausbildung – eine Bestandsaufnahme	33
Diskussionsbeiträge aus dem Werkstattgespräch	
Forderungen an die ärztliche Weiterbildung und Vorschläge für eine Verbesserung des Weiterbildungsangebots	36
4. Anregungen – Lösungsansätze – Ausblick	39
ANHANG	
Eine Ärztebefragung zum Zuhörverhalten. Ergebnisse einer Pilotstudie	41
Von Christiane Hemmer-Schanze	
BEITRÄGE AUS DER MMW – Fortschritte aus der MMW	53
TEILNEHMERLISTE	57

— Der Dialog zwischen Arzt und Patient bildet die Basis der Diagnostik, steht am Beginn jeder Therapie und ist einer der wichtigsten Faktoren für die Zufriedenheit des Patienten. Gekonntes Zuhören, gute Fragetechnik und die sorgfältige Beachtung der Sach- wie der Beziehungsinhalte des Sprechens ermöglichen dem Arzt den Zugang zum Leiden seines Patienten in allen Dimensionen. Der geübte Einsatz von Zuhören und Sprechen bahnt den Weg zu sinnvollen und zielorientierten medizinischen Maßnahmen und wird so auch zum ökonomischen Faktor. Obgleich diese Zusammenhänge im Grundsatz bekannt sind, wird die Gesprächsführung des Arztes als eine Kernkompetenz in der Ausbildung kaum gelehrt und bleibt in der Weiterbildung überwiegend dem Zufall überlassen.

Um herauszufinden, welche Bedeutung praktizierende Ärzte dem Gespräch mit dem Patienten beimessen, wie sie selbst ihr Zuhörverhalten und ihre kommunikativen Kompetenzen einschätzen und welche Probleme sie bei der Kommunikation mit den Patienten sehen, haben die Stiftung Zuhören und die MMW-Fortschritte der Medizin eine Pilotstudie initiiert (*ausführliche Darstellung der Ergebnisse im Anhang Seite 41*). Die Ergebnisse dienen als Grundlage des Werkstattgespräches „Gesundheitsfaktor Zuhören“, das im Oktober 2005 in Zusammenarbeit mit der Bayerischen Landesärztekammer, dem Bayerischen Rundfunk und mit Unterstützung der Robert-Bosch-Stiftung veranstaltet wurde. Teilgenommen haben 29 Experten aus der ärztlichen Aus-, Fort- und Weiterbildung, der ärztlichen Selbstverwaltung, der Praxis, der Gesundheitspolitik, der Kassen und der Medien (*siehe Teilneh-*

merliste im Anhang Seite 57). Sie beschäftigten sich mit den Ursachen und Auswirkungen von Kommunikationsproblemen im Arzt-Patienten-Verhältnis und mit möglichen Lösungsansätzen zur Verbesserung der Arzt-Patienten-Kommunikation.

In der vorliegenden Dokumentation sind neben den Aufsätzen zu den zentralen Fragen des Werkstattgespräches ausgewählte Redebeiträge der Experten nach thematischen Gesichtspunkten zusammengefasst. Die Diskussionsbeiträge machen deutlich, dass das ganze Thema in der medizinischen Aus- und Weiterbildung viel zu kurz kommt, dass aber auch das Vergütungssystem und andere Rahmenbedingungen dem Dialog Arzt-Patient nicht gerade förderlich sind. Bei den besprochenen und vorgeschlagenen Handlungsoptionen nimmt auch die Sensibilisierung für das Thema bei den davon Betroffenen einen hohen Stellenwert ein (*zusammenfassend siehe Ausblick Seite 39*).

Wir danken den Veranstaltern, den beteiligten Experten für ihre engagierte Mitwirkung und der Robert-Bosch-Stiftung für ihre finanzielle Förderung. Unser Dank gilt auch Herrn Dr. Sebastian Hügel von der Stiftung Zuhören für die inhaltliche und redaktionelle Bearbeitung der vorliegenden Dokumentation sowie der Chefredaktion der Fachzeitschrift MMW-Fortschritte der Medizin, die wesentlich dazu beigetragen hat, dass die Bedeutung des Zuhörens in der ärztlichen Praxis thematisiert wird.

Professor Dr. Hermann S. Fießl

Schriftleiter der MMW-Fortschritte der Medizin

Ludowika Huber

Stiftung Zuhören, Fachbeirätin

— Wie gut hören deutsche Ärzte ihren Patienten zu? Für wie gut halten die Ärzte sich selbst im Zuhören? Und was folgt daraus für unseren Besuch beim Arzt, für unser Gesundheitssystem generell oder den behandelnden Arzt als solchen? Hat das Zuhören überhaupt den Stellenwert in den Sprechstunden, der ihm gebührt? Und liegt – wenn das Zuhören vernachlässigt wird – nicht alles einfach am allgemeinen Zeitmangel? Diese Fragen lieferten den Einstieg in das Expertengespräch der Stiftung Zuhören. Es eröffnet die Debatte zu einem echten Zukunftsthema der Medizin: dem Zuhören als Gesundheitsfaktor!

Diese Broschüre möchte wichtige Fragestellungen und Einblicke aus dem Werkstattgespräch vom Oktober 2005 in der bayerischen Landesärztekammer in München dokumentieren. Zusammenhängende Texte, die den Teilnehmern in Form von Impulsreferaten als Gesprächseinstieg vorgetragen wurden, werden in gekürzter

Form wiedergegeben. Mit den aufgelisteten Diskussionsbeiträgen der Experten sollen die unterschiedlichen Themen der Debatte angerissen werden. Abschließende Wertungen oder fertige Handlungsprogramme sollen damit nicht formuliert werden.

Den zitierten Redebeiträgen liegt die Transkription eines Mitschnitts des Werkstattgesprächs zugrunde. Die Zitate der Gesprächsteilnehmer sind nach thematischen Gesichtspunkten geordnet, der chronologische Verlauf des Gesprächs wird nicht wiedergegeben. Die mündlich vorgelegten Beiträge wurden stilistisch an die Schriftsprache angepasst.

Stimmen weiterer Expertinnen und Experten, die am Gespräch nicht teilnehmen konnten, oder die aus der Literatur zitiert werden, sind grau-blau hinterlegt.

Eine Liste mit den vollständigen Namen und den Funktionen der Gesprächsteilnehmer findet sich am Ende dieser Broschüre.

1. Zuhören in der ärztlichen Praxis

Von einer „Sprechstunde“ kann keine Rede sein

Zur Einleitung von Hermann S. Fießl

— Die Bezeichnung „Sprechstunde“ geht an der Realität in deutschen Arztpraxen vielfach vorbei. Denn es wird dort (zu) wenig gesprochen, und natürlich hat der Patient keine Stunde Zeit, seine Nöte an den Fachmann zu bringen. Noch weniger wird wahrscheinlich zugehört. Die durchschnittliche Konsultationsdauer in deutschen Allgemeinarztpraxen beträgt $7,6 \pm 4,3$ Minuten pro Patient. In der Schweiz nimmt sich der Arzt dagegen durchschnittlich $15,6 \pm 8,7$ Minuten Zeit. Zur spontanen Schilderung seiner Beschwerden stehen dem Patienten in den USA ganze 18 Sekunden Redezeit zur Verfügung. In Deutschland hört der Arzt bei der Erstkonsultation immerhin 103 Sekunden lang zu.

Der oft vorgebrachte Einwand, Ärzte würden von Patienten „zu Tode“ geredet, wenn man sie nicht in die richtigen Bahnen lenkt, trifft nicht zu. Untersuchungen aus allgemeinärztlichen Praxen haben ergeben, dass die meisten Patienten nach 143 ± 88 Sekunden durch verbale oder nonverbale Signale zu erkennen geben, dass sie nun mit ihrer Schilderung am Ende seien und der Arzt jetzt etwas zu ihrem Problem sagen solle.

Die Psyche entzieht sich der apparativen Perfektion

Es scheint also um die Arzt-Patienten-Kommunikation grundsätzlich nicht gut bestellt zu sein. Dabei kann man bei mindestens einem Drittel der Patienten eines Allge-

meinarztes, wenn überhaupt, dann nur durch das Gespräch zur richtigen Diagnose kommen. Denn so hoch liegt der Anteil von Patienten, die wegen psychischer und psychosomatischer Störungen oder Befindensstörungen infolge emotionaler Belastungen oder der allgemeinen Lebensumstände den Arzt aufsuchen. Wer diese nicht anspricht oder den Patienten bereits im Ansatz unterbricht, sobald er Signale aus dieser Ecke aussendet, wird nicht zur richtigen Diagnose gelangen und dem Patienten auch keine Hilfe geben können.

Es scheint an der Zeit, dass die Ärzte wieder den Primat bei der Beratung zurückgewinnen, den sie mit Überbetonung von Technik und Wissenschaft sowie durch überbordende Bürokratie an viele alternative Mitspieler im Gesundheitsbetrieb verloren haben. Trotz unbestreitbarer Erfolge wird die moderne Medizin den Bedürfnissen der Menschen in vielfacher Hinsicht offensichtlich nicht gerecht.

Kommunikationsfähigkeit ist alles – aber woher nehmen?

Die Wurzeln dieses Defizits liegen bereits im Medizinstudium, das zwar primär zugewandte und kommunikative Menschen anlockt, deren grundsätzlich positiver Ansatz jedoch durch eine weit überwiegend naturwissenschaftlich und organmedizinisch geprägte Ausbildung erstickt wird. Eine Untersuchung der Universität Göttingen belegte vor Kurzem, dass die Medizinstu-

dentem zwar stetig an biomedizinischem Wissen zulegen, gleichzeitig jedoch an psychosozialer Kompetenz verlieren. Noch immer dominieren die Schüler von Virchow, Claude Bernard und Pettenkofer, und es weht der Geist des 19. Jahrhunderts an den medizinischen Fakultäten, während die Erkenntnisse der Psychologie und der Sozialwissenschaften allenfalls als fakultatives fünftes Rad am Wagen mitlaufen. Gesprächsführung, Kommunikations- und Motivationstraining gehören zwar für Pharmareferenten zum Rüstzeug, bei der Ausbildung angehender Ärzte aber spielen sie eine sehr untergeordnete Rolle.

Derartige Fähigkeiten, die man durch- aus erlernen kann, werden erst seit einigen Jahren mühsam und mit viel Idealismus engagierter Dozenten in sogenannten Reformstudiengängen vermittelt. Die anderen hoffen offenbar auf das Naturtalent. So haben sich die meisten Kollegen derartige Fähigkeiten erst im Laufe ihrer Berufstätigkeit durch eigene Erfahrungen, kollegiale Anleitung, Balint-Gruppen oder Supervision angeeignet. Manche kommen auch ihr ganzes Berufsleben lang nicht über den Status eines Amateurs hinaus.

Im Zeichen der Ökonomisierung der Medizin haben sich die Bedingungen für die Weiterbildung an Krankenhäusern gerade hinsichtlich der Kommunikation mit dem Patienten weiter verschlechtert. Extremes Zeitdruck durch knappe Personalbe- messung, der Zwang zu steigenden quanti- fizierbaren Leistungen und der stetig zu- nehmende Zeitaufwand für Dokumentati- on und Bürokratie führen dazu, dass immer weniger Zeit für das Gespräch mit dem Pa- tienten bleibt. Es ist ein (vielfach erlebtes) Armutszeugnis einer Abteilung, wenn Pati- enten nach der Visite die Schwesternschü-

lerin oder den Studenten im praktischen Jahr fragen, was denn bei der Visite über sie gesprochen wurde. Die Welle der Privatisie- rung von Krankenhäusern lässt gerade für die Weiterbildung in den „Soft Skills“ nichts Gutes erwarten.

Kontraproduktives Vergütungssystem

Trotz einiger Bemühungen in den Vergü- tungssystemen sind technische Leistungen im Vergleich zu Gespräch und Gesamtma- nagement der Erkrankung eines Patienten nach wie vor besser bewertet. Dies führt auch bei gutwilligen Kollegen zu dem Zwang, aus ökonomischen Gründen große Patientenzahlen durchzuschleusen. Selbst mit Händen zu greifende Befindensstö- rungen werden dann „medikalisiert“ und apparativ abgeklärt. Technische Ersatz- handlungen schaffen scheinbar „objektive“ Daten und vermitteln den Eindruck von diagnostischer Sicherheit: Als ob man mit einem EKG den Unterschied zwischen Freu- de und Depression feststellen könnte. Um- gekehrt wird die viel verantwortungsvollere Begrenzung technischer Leistungen aus ge- nau der Kenntnis dieses Zusammenhangs nicht honoriert.

Am Ende ist der Arzt unzufrieden, weil er droht, im Hamsterrad zusammenzubre- chen; der Patient ist es, weil er das, wonach er sich am meisten sehnt, nämlich Sicher- heit durch Gespräch und Beratung, immer weniger bekommt. Besonders deutlich wird dies bei Gesunden, die sich einem „Check- up“ unterzogen haben: Welcher Gesprächs- bedarf entsteht z. B. allein durch die Entde- ckung eines Mikroadenoms der Hypophyse im CCT, eines fraglichen Knotens in der Brust bei der Mammografie oder einer an- eurysmatischen Erweiterung der Bauchaor- ta im Ultraschall des Abdomens ...

Das richtige Gespräch kann Berge versetzen

Das Bedürfnis nach Kommunikation und medizinischer Aufklärung scheint in unserer Gesellschaft fast grenzenlos zu sein. Medizin gehört zu den Topthemen der Publikumsmedien. Doch obwohl wir niemals mehr Aufwand für die Medizin betrieben haben als heute und obwohl wissenschaftliche Erkenntnisse in der Medizin exponentiell wachsen, generieren wir ständig neue Fragen und Probleme. Befunde über Befunde, aber keine sicheren Erklärungen. In genau diesem Dilemma steckt ein Patient heute.

Wer mit seinen Patienten aktiv und zugewandt kommuniziert, wird zufriedene Patienten haben. Wer dagegen schon bei der ersten Begegnung nicht die richtigen Fragen stellt oder auf die Antworten nicht

hört, wird Über- und Fehldiagnostik induzieren, die entscheidende Diagnose doch nicht stellen und unzufriedene Patienten zurücklassen. Zudem beraubt er sich des ältesten therapeutischen Mittels, auf das auch wir Ärzte keinesfalls verzichten können und sollen: die kathartische Wirkung eines guten Gesprächs für den Patienten.

Das richtige Gespräch zwischen Arzt und Patient kann fast alles bewegen, aber ohne das richtige Gespräch bewegt sich fast nichts. Kommunikation ist nur möglich, wenn es gelingt, eine gemeinsame Wirklichkeit zwischen zwei Individuen herzustellen. Naturgemäß klaffen die Wirklichkeit des Arztes und die des Patienten auseinander. Aktives Zuhören ist das beste Mittel, um diese Kluft zu überwinden.

Zum Stellenwert des Zuhörens in der Arzt-Patienten-Kommunikation. Ergebnisse einer Pilotstudie

Von Christiane Hemmer-Schanze

— Die überwiegende Zahl der Ärztinnen und Ärzte¹, die sich an der Pilotstudie der Stiftung Zuhören in Zusammenarbeit mit der Fachzeitschrift MMW-Fortschritte der Medizin zum „Stellenwert des Zuhörens in der Arzt-Patienten-Kommunikation“ beteiligten, waren der Meinung, dass diesem Thema viel zu wenig Beachtung geschenkt wird. Dies gilt insbesondere für die Abrechnungsverfahren der Krankenkassen und die ärztliche Ausbildung. Bei der eigenen Qualifizierung auf diesem Gebiet spielte die „universitäre Ausbildung“ nur eine sehr untergeordnete Rolle. Als wichtigste Faktoren beim Erwerb kommunikativer Kompetenzen verwiesen die Ärzte vor allem auf die „eigenen Erfahrungen in der ärztlichen

Praxis“, die „Anleitung von KollegInnen“ und „Supervision/Balintgruppe“.

Dem „Zuhörverhalten“ des Arztes wird in der Arzt-Patienten-Kommunikation die größte Bedeutung beigemessen: Drei Viertel der Befragten halten diesen Aspekt für „sehr wichtig“. An zweiter Stelle der für „sehr wichtig“ gehaltenen Aspekte steht die „Gestaltung des Erstkontakts“, gefolgt von der „Verständlichkeit der Ausdrucksweise“. Gleichwohl werden auf diesen Gebieten eigene Defizite eingeräumt.

Bei drei Viertel der Befragten hat das „Gekonnte Zuhören“ einen „sehr hohen“ Stellenwert in der Arzt-Patienten-Kommunikation. Bei den Frauen liegt dieser Anteil deutlich höher als bei den Männern. Als

¹ n=171

größtes Hindernis, das im beruflichen Alltag dem „gekonnten Zuhören“ in der Arzt-Patienten-Kommunikation im Wege steht, wird von den Befragten „hohe Arbeitsbelastung/Zeitdruck“ angegeben, gefolgt von den „Abrechnungsverfahren der Krankenkassen“ und der „fehlenden Ausbildung der Ärzte in ‚Gesprächsführung‘“.

Als weitere Zuhörhindernisse vonseiten der Ärzte wurden noch genannt:

- Ärztliche Arroganz
- Mangelnde Empathie
- „Burn-out-Syndrom“
- Nicht können/ nicht wollen.

Außerdem behindern nach Meinung der Befragten neben den ökonomischen insbesondere auch die arbeitsorganisatorischen

Rahmenbedingungen das gekonnte Zuhören in der Arzt-Patienten-Kommunikation.

Knapp zwei Drittel der befragten Ärztinnen und Ärzte gaben an, mindestens zweimal täglich unter solchen Zeitdruck zu geraten, dass sie sich deswegen im Patientengespräch kürzer fassen, als sie dies ohne Zeitdruck tun würden. Bei mehr als einem Drittel kommt dies mindestens viermal täglich vor.

Darüber hinaus beklagen die Ärztinnen und Ärzte den Mangel an fachlicher Qualifizierung und Unterstützung in ärztlicher Gesprächsführung im Studium und zu Beginn der ärztlichen Tätigkeit. Sie forderten eine Integration einer geeigneten fachlichen Qualifizierung in die Arztausbildung. Außerdem waren viele Befragte der Meinung, dass Gesundheitsreform, Abrechnungssysteme und zunehmende Verwaltungsarbeit momentan schlechte Rahmenbedingungen für Patientengespräche setzen.

Vonseiten der Patienten sehen sich die Ärzte zum einen mit einer gestiegenen Erwartungshaltung – zum Teil geschürt durch Medien und Internet –, zum anderen aber auch mit zunehmendem Zeitdruck und der Tendenz zur „5-Minuten-Medizin“ konfrontiert. Schließlich kam auch die eigene Befindlichkeit des Arztes zur Sprache, die bei entsprechender Arbeitsüberlastung die Patientengespräche negativ beeinflussen kann. Andererseits wiesen einige Befragte darauf hin, dass sich eine gute Arzt-Patienten-Kommunikation durchaus positiv auf die Arbeitszufriedenheit des Arztes auswirkt. Angeregt wurde auch, für Fortbildungen im Bereich Gesprächstraining anerkannte „Fortbildungspunkte“ zu vergeben.

(Eine ausführliche Darstellung der Ergebnisse finden Sie im Anhang ab Seite 41.)

Zentrale Fragestellung der Pilotstudie

- Für wie bedeutsam halten Ärztinnen und Ärzte selbst die Qualität der Arzt-Patienten-Kommunikation für eine erfolgreiche Behandlung?
- Sind sie der Ansicht, dass diesem Thema momentan angemessene Beachtung geschenkt wird?
- Wie haben Sie selbst ihre kommunikativen Kompetenzen erworben?
- Was sind für die Ärztinnen und Ärzte die wesentlichen Aspekte der Arzt-Patienten-Kommunikation?
- Für wie kompetent schätzen sie sich selbst diesbezüglich ein?
- Welchen Stellenwert räumen die Ärztinnen und Ärzte dem Zuhören in der Arzt-Patienten-Kommunikation ein?
- Welche Hindernisse stehen dem „Gekonnten Zuhören“ in der Arzt-Patienten-Kommunikation im Wege?
- Wie oft müssen Patientengespräche aufgrund von Zeitdruck abgekürzt werden?

Zuhören in der ärztlichen Praxis

Diskussionsbeiträge aus dem Werkstattgespräch

Die Vernachlässigung des Zuhörens durch den Arzt – alles nur Zeitmangel?

In einem ersten Teil des Werkstattgesprächs unter der Überschrift „Ursachen von Kommunikationsstörungen im Arzt-Patienten-Verhältnis. Alles nur Zeitmangel?“ wurde die von der Pilotstudie belegte, unbefriedigende Zuhörkultur in deutschen Arztpraxen aus der Erfahrung der Teilnehmer* bestätigt. Es wurden Ursachen und Gründe hierfür zusammengetragen. Dabei kamen grundsätzliche Auffassungen über die Wissenschaft und die Medizin als Gründe ebenso zur Sprache wie personengebundene Fehlhaltungen und Irrtümer einzelner Ärzte. Dass auch die Patienten mitunter dazu beitragen können, dass das Zuhören nicht den Stellenwert erhält, der ihm gebührt, wurde ebenso erörtert wie der ungünstige Einfluss gegebener Rahmenbedingungen.

Der geringe Stellenwert des Zuhörens im ärztlichen Alltag

Konsens besteht bei den Experten darüber, dass dem Zuhören ein bedauerlich marginaler Stellenwert in den Sprechstunden deutscher Arztpraxen und Kliniken zukommt. Eine „Sprechende Medizin“ ist in Deutschland eher die Ausnahme. Das belegt auch das Interesse, auf das die Stiftung Zuhören bei Experten mit dem Thema „Gesundheitsfaktor Zuhören“ stößt. Der (zu) geringe Stellenwert des Zuhörens wird von Ärzten jedoch zunehmend als problematisch erkannt:

„Das Kommunikationsproblem ist evident. Früher war das so, dass wir Ärzte ja noch ein Gen

hatten, das uns zu geborenen Kommunikatoren machte. Dieses Gen ist einer Selektion zum Opfer gefallen.“ (Prof. Dr. Fritze)

„Es gibt Hinweise, dass Ärzte sich zu wenig Gedanken machen, dass Zuhören eine trainierbare Fähigkeit darstellt, die zur Professionalität des Arztes gehört. In so vielen Berufen gehört das Kundengespräch zur Grundausbildung dazu und beim Arzt ausgerechnet nicht. Es ist schon grotesk, dass es immer noch Ärzte gibt, die meinen, Zuhören ist etwas, das vom Himmel fällt.“ (Dr. Fick)

„Zuhören wird als selbstverständlicher Teil jeder verbalen Kommunikation einfach hingegenommen und findet keine weitere Beachtung.“ (Prof. Dr. Ring)

„Kommunikation ist nur vor einem gemeinsamen Erfahrungshintergrund von Arzt und Patient möglich. Die Fachsprache, aber auch die ganze Erlebniswelt des Arztes und des Patienten sprechen dem entgegen.“ (Prof. Dr. Füleßl)



Von links nach rechts: Dr. Kampmann, Prof. Dr. Schwantes, Dr. Laluschek, Dr. Einecke, Prof. Dr. Ring.

* Siehe Teilnehmerliste im Anhang S. 57

Das medizinische Weltbild

Die Medizin hat in den vergangenen Jahrzehnten erhebliche, früher nicht für möglich gehaltene (technische) Fortschritte gemacht. Die analytischen Methoden der Naturwissenschaft und die Dominanz der Technik scheinen in der Folge für das wissenschaftliche Selbstverständnis der Medizin paradigmatisch geworden zu sein. Dies beeinflusst auch das Berufsbild des Arztes und steht einer „Sprechenden Medizin“ entgegen:

„Ich sehe den Ärztestand ein bisschen verkommen zu einer Art von Erbsenzählern und Technokraten. Gesprächsführung und Anamneseerhebung sind zu einem Exotenfach geworden. [...] Durch das Medizinstudium zieht sich wie ein roter Faden die Dominanz von Technik und anatomischen Befunden gegenüber der Sprache. Die sogenannten objektiven Befunde schlagen jede subjektive Angabe des Patienten tot. Nur auf die objektiven Befunde kommt es an: Damit können Sie vor Kollegen brillieren, dann gilt die Diagnose als gesichert [...] Der Mensch als psychosoziales Wesen wird vernachlässigt.“

(Prof. Dr. Fießl)

„Die Unterscheidung von Subjektivem und Objektivem ist ein unsägliches Erbe aus der Geistesgeschichte. Damit hängt zusammen, dass Zuhörfähigkeit und Kommunikation als ‚weiche Fakten‘ betrachtet werden. Medizinischer Fortschritt wird nur dann gesehen, wenn etwa Ergebnisse der Genforschung präsentiert werden. In der Philosophie und der Physik wird jedoch die Gleichwertigkeit aller Beschreibungssysteme anerkannt – seien sie nun subjektiv-introspektiv, psychologisch, literarisch, künstlerisch oder naturwissenschaftlich. Alle Beschreibungsweisen unterliegen der Sprache. In der Philosophie hat Gadamer die Hermeneutik (Interpretationskunst) begründet, die er kurz um-

reißt mit: ‚Die Kunst, unrecht zu haben.‘ Und die vorher angedeutete Tendenz in der medizinischen Ausbildung, sozusagen die objektiven Daten auf den Sockel zu heben und die weichen Daten mit allen Fragezeichen zu versehen, die macht es natürlich einem Arzt in der Ausbildung – und auch wenn er diese Ausbildung durchlaufen hat –, im Grunde unmöglich, die Kunst, Unrecht zu haben, zu lernen.“

(Prof. Dr. Rentschler)

„Der Patient muss über das Gespräch in die Entscheidungsfindung mit einbezogen werden. Es ist eine ärztliche Kernkompetenz, das Ganze als Ganzes zu verstehen, nicht alles nur nach fachlichen Aspekten zu sortieren.“

(Prof. Dr. Schwantes)

„Die Sozialisation des Arztes heißt heute natürlich in enorm hohem Maße Molekularbiologie.“

(Prof. Dr. Rentschler)

Ärztliche Haltungen

Theorie und Praxis beeinflussen sich gegenseitig. Das wissenschaftstheoretische Verständnis eines Arztes prägt mitunter auch seine Berufserfahrung. Denn: Wie sich ein Arzt seinen Patienten nähert und wie er mit ihnen kommuniziert, hängt auch davon ab, welche Faktoren er für erheblich und welche er für weniger erheblich hält:

„Manchen Kollegen ist es gar nicht so unangenehm, wenn sie nicht so viel mit Patienten sprechen müssen. Und ich kenne leider manche Kollegen, die haben sogar Angst vor den Patienten. [...] Bevor man im Gespräch Bezüge zu biografischen Ereignissen sucht, delegiert man die Untersuchung lieber. Ich nenne das dann technische Ersatzhandlung statt eines Gesprächs.“

(Prof. Dr. Fießl)

„Oberziel schlechthin der ärztlichen Berufsordnung ist es, das Vertrauen zwischen Arzt und Patient zu erhalten und zu fördern. Die frühzeitige Unterbrechung des Arzt-Patienten-Gesprächs durch allzu starke Fokussierung auf Technik und Ökonomie bereitet einem Vertreter der Ärztekammer schon Sorgen.“ (Dr. Burger)

„Wir stehen alle unter einem enormen Diktat von Leistungszahlen. Sie kennen alle die Situation des Visitentgesprächs. Es ist eine Katastrophe, eine Kapitulation, wie der Patient da meist unbefriedigt zurückbleibt. Er wartet den ganzen Tag auf diesen einen Akt, aber wird mit Dingen abgespeist, die nichts mit ihm zu tun haben, die er nicht versteht. Man redet nicht mit ihm, sondern über ihn. Nicht zu sprechen von Dokumentationspflichten, Bürokratisierung, Ökonomisierung – all dies ist gegen Kommunikation.“ (Prof. Dr. Füleßl)

„Die sprachliche Abgrenzung des Arztes vom Patienten ist notwendig, damit wir als Ärzte überhaupt existieren können. Wir sind sozusagen darauf angewiesen, uns teilweise unverständlich auszudrücken, genau wie der Jurist das auch macht, denn sonst merkt der Patient, dass wir alle nur mit Wasser kochen, und dann bricht unsere Profession zusammen. Das gehört einfach zu jeder Profession dazu.“

(Prof. Dr. Willich)

„Ich unterstütze es, wenn wir sagen, wir grenzen uns gegenüber den Juristen ab [...], aber die Patienten sind die, mit denen wir arbeiten, mit denen müssen wir die gleiche Sprache sprechen, und wir müssen uns so ausdrücken, dass die Patienten uns verstehen! Also, da ist es fehl am Platz, wenn wir in unserer Fachsprache sprechen.“ (Prof. Dr. Schwantes)

„Ärzte sollten auf das übliche Medizin-Chinesisch ihren Patienten gegenüber verzich-

ten und durch eine verständliche deutsche Sprache ersetzen.“ (Dr. Koch)

Ärztliche Vorurteile in Sachen (eigener) Zuhörfähigkeit

Mit der Aussage, eine gute Zuhörfähigkeit sei „ein Talent, das nicht jeder hat“, stellen viele Ärzte indirekt infrage, dass ärztliches Zuhören erlernbar sei. Damit verbauen sie sich jedoch die Möglichkeit, den erwiesenermaßen positiven Einfluss von Maßnahmen zur Verbesserung der Gesprächsführung auf die Arzt-Patienten-Kommunikation zur Kenntnis zu nehmen.

„Ist Zuhören nicht eher eine individuelle Fähigkeit, ein Charakteristikum als eine erlernbare Materie?“

(Arzt in einem Fragebogen zur Pilotstudie)

„Zuhören ist eine perzeptive Tätigkeit und gilt daher als Passivität. Dabei ist Zuhören eine Art aktiven Passivseins. Macht man sich das nicht klar, steht das Zuhören dem Bild des Arztes als Macher entgegen, der immer objektiv bleiben soll, von allem Subjektiven absieht und Entscheidungen trifft. Im Bereich der Akutmedizin ist das in Ordnung und prägt die Kommunikation zwischen Arzt und Patient zu Recht. Aber unterschiedliche Bereiche des ärztlichen Handelns erfordern unterschiedliche Kommunikationsmuster.“ (Prof. Dr. Schwantes)

„Wer sich aufs Zuhören einlässt und sich nicht konkret an der Krankheit orientiert – so ist oft die Ansicht –, der vergeudet Zeit und verliert seine ärztliche Führung, seine paternalistische Rolle.“ (Prof. Dr. Schwantes)

„Das Zuhören ist eine professionelle Handlung, so wie auch eine Sprachhandlung eine Handlung ist. Ich unternehme eine Handlung profes-

sionellen Zuhörens, für die es einer Ausbildung bedarf: Ich steuere meine Aufmerksamkeit, ich überlege, worauf ich bei Nachfragen fokussiere etc. Damit kann ich in bestimmten Situationen professionell handeln, zum Beispiel im Umgang mit aggressiven oder todkranken Patientinnen. Zuhören ist als professionelle Kompetenz zu begreifen, nicht als etwas Schwammiges. Von diesem Bewusstsein hängt die Wertigkeit des Zuhörens ab.“ (Dr. Lalouschek)

Der Faktor Zeit

Zuhören braucht Zeit, Zuhören kostet Zeit. Es bewusst in den Praxisalltag zu integrieren, bedeutet aber keineswegs auch Zeitverlust – und damit wirtschaftliche Nachteile – in Kauf zu nehmen. Denn wer besser zuhört, therapiert auch mehr und besser. Der Grund liegt in einem besseren Zeit- und Informationsmanagement. Hier besteht jedoch noch großer Argumentationsbedarf bei Ärzten. Denn nicht hinterfragte Ansichten zur spontanen Redezeit von Patienten, wenig zuhörfreundliche Rahmenbedingungen in den Arztpraxen und zu wenig bekannte Positivbeispiele legen eher das Gegenteil nahe. Die Teilnehmer des Werkstattgesprächs haben unterschiedliche Aspekte des Faktors Zeit diskutiert.

Die spontane Redezeit von Patienten

Wie lange reden Patienten zu Beginn einer ärztlichen Konsultation, wenn der Arzt sie nicht unterbricht? Diese Frage beantworten diverse Studien mittlerweile exakt (Krankenhausvisite/USA: 18 Sekunden; Deutschland: 103 Sekunden; Praxis/Deutschland:

120 Sekunden²). Dennoch gehen viele Ärzte davon aus, dass eine künstliche Unterbrechung des Redeflusses ihrer Patienten notwendig sei.

„Wenn wir die Patienten aussprechen lassen – so sagen viele Ärzte – dann ‚müllen‘ die uns ja mit allen möglichen Dingen zu, die überhaupt nicht zur Sache gehören. So viel Zeit haben wir nicht.“ (Prof. Dr. Fießl)

„Sicher, die Frage nach der Zeit steht immer im Raum. Aber die richtige Menge Zeit zum Zuhören einräumen erlaubt einem auch, sich ein Bild der gesamten Situation zu machen und damit an anderer Stelle auch wieder Zeit zu sparen. Das ist eigentlich auch ein Ziel des Zuhörens. [...] Viele Ärzte befürchten aber, dass sie beim Zuhören den entscheidenden Augenblick zum Handeln verpassen.“ (Prof. Dr. Schwantes)



Von links nach rechts: Dr. Fick, Dr. Kampmann, Prof. Dr. Schwantes.

„Beckmann und Frankel³ fanden heraus, dass nur 23 Prozent der Patienten die Möglichkeit gegeben wurde, ihre Antwort auf die Eröffnungsfrage des Arztes bei der klinischen Visite zu vollenden. In 69

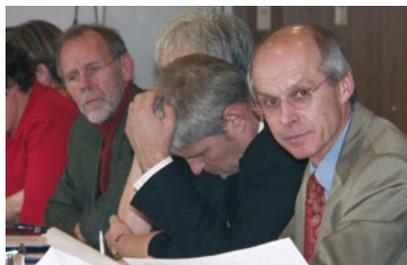
² Vgl. hierzu Stunder, W.A.: Spontane Redezeit von Patienten zu Beginn der Konsultation in einer Hausarztpraxis. In: Z Allg Med 2004;80:1–2 und Wilm, S./Knauf, A./Peters, T./Bahrs, O.: Wann unterbricht der Hausarzt seine Patienten zu Beginn der Konsultation? In: Z Allg Med 2004;80:53–57.

³ Vgl. hierzu die Studie von Beckman, H.B., Frankel, R.M.: The effect of physician behavior on the collection of data. In: Annals of Internal Medicine 101, S. 692–696.

Prozent der Visiten unterbrach der Arzt die eröffnende Stellungnahme des Patienten nach einer durchschnittlichen Zeit von nur 15 Sekunden, um auf das erste vom Patienten geäußerte Problem zu reagieren. Und jetzt wird es spannend. Eine spätere Analyse der von dem Patienten während der Visite vorgebrachten Anliegen zeigt, dass das erste vom Patienten vorgebrachte Anliegen klinisch um nichts relevanter war als die danach vorgebrachten. Doch diese wurden von dem Patienten überhastet vorgebracht und erhielten vonseiten des Arztes nur noch eine inkonsistente Aufmerksamkeit. Diese weiteren Anliegen, die aus Schamgefühl, Angst, dumm zu erscheinen, oder auch aus echter Angst vor der möglichen Bedeutung der Symptome erst im Laufe des Gesprächs vorgebracht werden können oder könnten, sind nachgewiesenermaßen oft jene, welche bei einer dann unvorhergesehenen Verschlechterung des Patienten durch Komplikationen dem Arzt und dem Gesundheitssystem zu schaffen machen, obwohl sie vorhersehbar und zum Teil verhinderbar gewesen sind⁴.“

(Dr. Burger)

„Wolf Langewitz, Leiter der medizinisch-psychosomatischen Abteilung der Klinik in Basel, hat 14 Ärzte im aktiven Zuhören trainiert und sie dann aufgefordert, Patienten im Erstkontakt in der dortigen internistischen Ambulanz der Poliklinik zu befragen. Das heißt: am Anfang keine Fragen zu stellen, allenfalls zum Weiterreden zu ermutigen, indem er zum Beispiel sagt „hm“, sich dem Patienten zuwendet, ihm mit nonverbalen Gesten zu erkennen gibt: ‚Ich bin interessiert an dem, was Sie da eigentlich sagen wollen‘ [...] Über 1000 Patienten waren beteiligt, 335 von ihnen haben die Einschlusskriterien erfüllt, damit die Untersuchung einer wissenschaftlichen Überprüfung standhält. [...] Bei ihnen wurde die



Rechts: Prof. Dr. Fießl.

mittlere spontane Redezeit gemessen bis zur Aufforderung an den Arzt: ‚Was meinen Sie Frau Doktor oder Herr Doktor?‘. Es sind im Mittel 92 Sekunden, bis der Patient von sich aus sagt: ‚Jetzt soll auch mal mein Arzt was dazu sagen, jetzt soll der mal zu Wort kommen‘. Es waren bei diesen 335 nicht mehr als sieben Patienten dabei, die mehr als fünf Minuten gebraucht haben. Und danach meinten auch die, sie hätten jetzt genug geredet. Also, das Argument, man vergeude Zeit, wenn man die Patienten ausreden lässt, ist gegenstandslos.“ (Prof. Dr. Schwantes)

„Wir können ständig von unseren Patienten lernen. Aber wenn wir von unseren Patienten lernen wollen, müssen wir zuhören. Lassen Sie ihnen wenigstens zwei Minuten Zeit zum Reden und Sie kommen schneller und präziser zu des Pudels Kern: der richtigen Diagnose.“

(Prof. Dr. Hermann S. Fießl
in der MMW 44 [2005, S. 14])

Die zeitlichen Rahmenbedingungen des Zuhörens

Damit ein Arzt sich die Zeit nehmen kann, die er für das Zuhören braucht, muss er seine Zeit gut einteilen. Fast die Hälfte aller zu ihrem Zuhörverhalten befragten Ärzte sieht

⁴Vgl. hierzu die Studie von Stoeckle, J.D., Barsky, A.: Attributions: uses of social knowledge in doctoring in primary care. In: Eisenberg, L., Kleinman, A.: The relevance of social science for medicine. Boston: D. Reidel 1981.

im Zeitdruck das größte Hindernis, das gekonntem Zuhören im ärztlichen Alltag im Wege steht⁵. Argumentationsbedarf bestand bei den Gesprächsteilnehmern in der Frage, ob bzw. wie sich der Aufwand für das Zeitmanagement zugunsten von mehr Freiraum für das Zuhören auszahle.

„Ein Arzt muss ein bereits begonnenes Gespräch vertagen, wenn er merkt, dass der Patient jetzt eigentlich mehr Zeit braucht. Der gute Arzt sagt, wenn's schwieriger wird: „Heute oder morgen abend um 18:00 Uhr habe ich Zeit für ein ausführliches Gespräch. Er benutzt das Instrument ‚Vertagen‘. Damit gewinnt er Zeit und so am Ende – aus ökonomischer Sicht – auch mehr Geld, weil er patientengerechter sein kann. Insbesondere in das Erstgespräch sollte der Arzt mehr Zeit investieren. Das spart Zeit und Stress und ist gut für die ärztliche Psychohygiene.“

(Prof. Dr. Fritze)

„Als Arzt muss ich ein Gespür entwickeln für kommunikative Strategien der Patienten. Ich muss merken, wenn ich etwa Magenschmerzen vorgetragen bekomme und das eigentliche Problem woanders liegt. Dann vereinbare ich einen anderen Termin, wenn es im gegebenen zeitlichen Rahmen zu eng wird. [...] Es ist aber durchaus schwierig, das alles mit den Dokumentationspflichten etc. unter einen Hut zu bringen.“

(Prof. Dr. Schwantes)

„Wir dürfen nicht unterschätzen, in welcher Art Hypnosezustand sich ein kranker Mensch befindet, wenn er nach langer Wartezeit endlich zum Arzt vorgelassen wird und dann drei Minuten Zeit hat, seine komplexen Leiden zu schildern.“ (Prof. Dr. Ralf Stahlmann, Charité, Berlin in der MMW 44 [2005, S. 16])

„Es ist ökonomischer, am Anfang eines Gesprächs kurze Zeit darauf zu verwenden, die Rahmenbedingungen des Gesprächs transparent zu machen. Üblicherweise kommt von Ärzten dann der Einwand: ‚Um Gottes willen. Jetzt muss ich auch noch metakommunikativ erzählen, dass ich keine Zeit habe!‘ Ich sage Ihnen als Sprachwissenschaftlerin: Wenn Patientinnen nicht wissen, dass es zum Beispiel zehn Minuten Zeit gibt, dann versuchen sie, alles Mögliche unterzubringen. Stellen Sie sich selbst vor, Sie sind in einer Kommunikationssituation, deren Rahmenbedingungen Sie nicht kennen. Dann können Sie Ihre Gesprächsbeiträge nicht angemessen anpassen. Wenn ich weiß, ich habe zwei Minuten, dann rede ich schnell und gezielt. Wenn ich weiß, ich habe einen Vortrag von einer halben Stunde, dann rede ich anders. Wenn ich vom Arzt informiert werde, dass wir heute nur zehn Minuten haben (aus den und den Gründen), dann finden in diesen Gesprächen keine Unterbrechungen statt, sie verlaufen schneller, klarer, geordneter, strukturierter und befriedigender. (Dr. Lalouschek)

„Ich wundere mich oft darüber, dass ich als Patientenberaterin den Patienten dann auch noch die Arbeitsbedingungen für Ärzte erklären muss, damit sie wissen, warum keine Zeit da ist, warum alles so schnell geht, warum es zu diesen Konflikten kommt. Ich erlebe bei den Patienten eine große Bereitschaft, die Rahmenbedingungen von den im System Steckenden – seien es jetzt Ärzte, sei es das Pflegepersonal – zu verstehen, das nachzuvollziehen und das auch einfach stehen zu lassen, ohne dass daraus große Konflikte entstehen würden. Ich würde mir sehr wünschen, dass Ärzte selbst ihre Rahmenbedingungen darstellen würden. Das würde es den Patienten sehr erleichtern, auch da entgegenkommend zu sein und nicht letztlich in einer

⁵Vgl. hier die ausführliche Darstellung der Ergebnisse der Pilotstudie im Anhang, S. 41

Vorwurfshaltung zu enden oder in Regressforderungen. Ich denke, da ist ein Riesenpotenzial, das gesehen werden sollte und auch angegangen werden könnte.“ (Schulte-Bocholt)

Weitere Einflussfaktoren auf die Zeitautonomie der Ärzte

Auch äußere Rahmenbedingungen erschweren es dem Arzt, sich den nötigen zeitlichen Freiraum für das Zuhören zu schaffen. Hierzu zählt an erster Stelle das Vergütungssystem für ärztliche Leistungen. Aber auch der Ausbildungsstand des sonstigen medizinischen Personals und die Einstellung der Patienten beeinflussen ärztliches Zuhörverhalten und sind vom Arzt in der jeweiligen Gesprächssituation mit zu berücksichtigen.

Honorierung

Der Einfluss des Abrechnungssystems auf das Zuhörverhalten von Ärzten kann nach der Ärztebefragung der Stiftung Zuhören kaum überschätzt werden. Stellvertretend zwei Zitate von Ärzten aus den Fragebögen:

„Die Gebührenordnung hat für diese (fast) wichtigste ärztliche Tätigkeit keine auch nur annähernd angemessene Honorierung vorgesehen“ und „Als Hausarzt muss ich oft fachärztliche Befunde und Therapie den Patienten erläutern, weil dort 2-Minuten-Akkord herrscht. Dafür bekommt der Facharzt die Abrechnungspunkte und ich werde finanziell geschädigt.“

(aus der Ärztebefragung)

Aus der Bayern2Radiosendung IQ – Wissenschaft und Forschung:

„Gesundheitsfaktor Zuhören – warum Ärzte und Patienten besser kommunizieren müssen“
Bayern2Radio, 21. Februar 2006, CD-Beilage

„Die sogenannte Sprechende Medizin ist insgesamt in der Honorierung wenig berücksichtigt und, ich denke, Ärztinnen und Ärzte, die sich enorm für ihre Patientinnen und Patienten einsetzen, haben einen berechtigten Anspruch auf leistungsgerechte Honorierung. Dabei sollte gerade auch die sogenannte Sprechende Medizin, zu der das Zuhören gehört, ausreichend berücksichtigt sein. Das System der Honorierung ist an vielen Stellen antiquiert und sollte überarbeitet werden.“ (Dr. Kerscher)

„Man müsste überlegen, welche Art von Gespräch man fördert. Wenn zum Beispiel ein chronischer Patient kommt oder sich über lange Jahre am Krankheitsbild relativ wenig verändert hat, dann könnte man überlegen, dass für diesen Patienten eine längere Zeitspanne einzurechnen ist,

in der man wirklich mal aufgrund der vorliegenden Daten alles sammelt, alles durchspricht und vielleicht dann auf Nebenaspekte eingeht. Das dauert in der Regel länger, 20 Minuten oder eine halbe Stunde. Solche Gespräche müssten entsprechend höher dotiert werden.“ (Dr. Bittner)

Eine Art staatlicher Grundvergütung, wie es sie in England gibt, unterstützt Patientenvertreterin Schulte-Bocholt: *„Wie wär's denn mit einem Festbetrag für den Arzt? Der könnte dann im Jahr so ca. achtzig- bis hunderttausend Euro bekommen, plus Zuschläge für teure Patienten. Dann hat er Zeit, dann ist es egal, ob er teure Computertomografien macht oder ein Gespräch führt. Dadurch würde man wegkommen von ‚möglichst viele Leistungen, sehr viel Verwaltungsaufwand und wenig Gespräch‘.“* (Schulte-Bocholt)

„Es ist natürlich problematisch, wenn nach der neuen Gebührenordnung die Ärzte einerseits die für das Zuhören aufgewendete Zeit abrechnen können, andererseits aber das entsprechende Budget gedeckelt wird [Abrechnungsbeschränkung nach Durchschnitt]. Eine Förderung der Sprechenden Medizin kann man damit wohl nicht erreichen. Als niedergelassener Arzt kann man da gar nicht so handeln, wie man vielleicht will. Hinzu kommt noch: Der Patient kreidet es nicht dem Gesundheitssystem an, sondern dem jeweiligen Arzt.“ (März-Lerch)

„Die Ärzte stehen heute unter erheblichem Zeitdruck. Die mangelhafte Bezahlung ihrer Leistungen zwingt sie, viele Patienten zu behandeln, um die Kosten ihrer Praxen zu decken und auch noch etwas zu verdienen. Da kommt das Zuhören oft zu kurz. Qualitativ hoch stehende Leistungen des Arztes müssen, anders als jetzt, angemessen vergütet werden. Der drohende Ärztemangel, besonders im hausärztlichen Bereich, muss mit geeigneten Maßnahmen verhindert werden. Dann kann der Arzt seinen Patienten auch wieder zuhören.“ (Dr. Möhrle)

„Wir haben unverständlicherweise zugelassen, dass eine der ärztlichen Primärtugenden, das Gespräch – also die ausführliche Anamnese, das Erforschen des psychosozialen Hintergrunds eines Patienten und die intensive Beratung –, von Funktionären als entbehrlich bewertet und deshalb nicht mehr honoriert wird. Folgen davon sind die 5-Minuten-Medizin und eine deutliche Kostensteigerung, die sich aus der Zunahme der technischen Untersuchungen, aber auch durch die fehlende Compliance der Patienten erklärt. Wir haben aber auch erlebt, dass Patienten die Kunst des Zuhörens nicht mehr beherr-

schen und Ratschläge, zum Beispiel solche, die eine Änderung ihres Lebensstils betreffen, als unwichtig abtun.

Es kann nicht angehen, dass Ärzte und Ärztinnen, die das ausführliche Gespräch mit ihren Patienten für unentbehrlich halten, dies als Hobby betreiben müssen. Eine sofortige Änderung des einheitlichen Bewertungsmaßstabs (EBM) und auch der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ), die die klinische Untersuchung und ausführliche Gespräche wieder zum Mittelpunkt der Arzt-Patienten-Beziehung macht und entsprechend bezahlt, wäre leicht umsetzbar – und kostensparend!“ (Dr. Koch)

Medizinisches Personal

Das folgende Zitat macht deutlich, dass der Arzt und sein Zuhörverhalten nicht isoliert vom Rest des medizinischen Personals betrachtet werden können. Gekonntes Zuhören ist eine Schlüsselkompetenz für alle, die im medizinischen Bereich tätig sind, und eine Voraussetzung gelingender Teamarbeit.

„Zum Zuhören gehört auch, dass ich aus den Informationen, die ich aufnehme, etwas mache, dass ich mit ihnen weiterarbeite. Wenn ein beachtlicher Teil der angehenden Arzthelferinnen, die ja in Arztpraxen Schlüsselstellungen einnehmen sollen, funktionelle Analphabeten sind, dann ist das ein zwar mittelbares, aber doch gewaltiges Problem für den Arzt-Patienten-Kontakt. [...] Dabei sind Arzthelferinnen-Azubis keine Negativauslese.“ (Adler)

„Zuhören ist auch eine Voraussetzung für Teamwork zwischen den unterschiedlichsten Berufsgruppen innerhalb des Gesundheitssystems zum Wohl der Patienten.“ (Dr. Fick)

Der Einfluss der Haltung der Patienten

Eine wichtige Rolle für den Verlauf des Arzt-Patienten-Gesprächs spielt auch die Einstellung, mit der ein Patient seinem Arzt gegenübertritt. Die Voraussetzungen eines gelingenden Dialogs (Zeit, Lernbereitschaft, gegenseitiger Respekt) werden von Patienten aus unterschiedlichen Gründen nicht automatisch mitgebracht:

„Auch die Patienten üben Zeitdruck auf das Gespräch aus. Viele sind bereits an das 5-Minuten-Gespräch gewöhnt und haben gar nicht mehr das Bedürfnis, länger mit dem Arzt zu sprechen. Hinzu kommt eine vermeintliche Gesundheitskompetenz aufseiten der Patienten: Durch die Medien, das Internet, aber auch Stammtischgespräche wollen viele – noch bevor sie zum Arzt gehen – wissen, was ihnen fehlt und was zu tun ist. Das belastet die Beziehung zwischen Arzt und Patient, weil es die Bereitschaft herabsetzt, sich auf nähergehende Gespräche im Rahmen der Diagnose einzulassen.“

(Hemmer-Schanze, Ergebnisse aus der Studie)

„Auch ein Patient muss eine besondere Kunst kultivieren, nämlich die des Umgangs mit einem Arzt. Während ärztliches Anliegen vor allem die Behandlung einer Krankheit ist, ist es der Patient, der darum bittet, geheilt zu werden. Es ist deshalb die Kunst des Patienten darauf gerichtet, den Arzt zur Integration des Heilens in die Behandlung zu bewegen.

Um heilen zu können, bedarf es einer Beziehung von Gleichrangigkeit, eine Grundvoraussetzung für ein gutes Arzt-Patienten-Verhältnis und umgekehrt. Keines von beiden ist automatisch garantiert, es muss erst erworben werden.“

(Prof. Dr. Bernard Lown: Die verlorene Kunst des Heilens, Suhrkamp 2004, S. 371)

Politik und Medien müssen aufhören, unser Gesundheitswesen und besonders die Ärzte ständig schlechtzureden. Die Patienten sollten den Ärzten wieder mehr Vertrauen entgegenbringen. Dann werden wieder mehr junge Menschen den Arztberuf ergreifen, und es wird wieder mehr Zeit da sein, den Patienten zuzuhören. (Dr. Möhrle)

Fehler beim Zuhören

Dass das Zuhören in der Arzt-Patienten-Beziehung vernachlässigt wird, kann eine Ursache auch darin haben, dass Ärzte schlechte Erfahrungen mit dem eigenen Zuhören gemacht haben. Weil Zuhören eine professionelle Kompetenz ist, die bestimmte Anforderungen stellt, kann man dabei auch Fehler machen. Außerdem wird man nicht von heute auf morgen zum gekonnten Zuhörer.

„Professionelle Zuhörer haben Strategien in der Gestaltung des Arzt-Patienten-Gesprächs. Das darf aber nicht mit einer Standardisierung von Gesprächen verwechselt werden, die an der Person vorbeiging.“ (Dr. Kampmann)

„Zuhören ist eine professionelle Kompetenz, die viel Erfahrung voraussetzt.“ (Dr. Lalouschek)

„Es ist eine verbreitete Ansicht, das Anamnesegespräch als eine Art strukturiertes Interview mit geschlossenen Fragen zu betrachten. Das detektivische Abfragen und Auflisten von Patientendaten darf aber nicht mit Anamnese verwechselt werden! Es nimmt daher nicht Wunder, dass sich viele Ärzte (irrigerweise) für gut halten im Führen des Anamnesegesprächs.“

(Prof. Dr. Schwantes)

„Der gute Zuhörer hört auch, was der Patient eigentlich nicht offenlegen will, das, was nicht ge-

sagt wurde. Sinnentnehmendes Zuhören hört zwischen den Zeilen. Das bedeutet manchmal auch den Verzicht auf unterbrechende Fragen des Arztes aufgrund seiner Vorkenntnisse!“

(Prof. Dr. Fießl)

Die Folgen schlechten Zuhörens und die Chancen gekonnten Zuhörens

Zuhören ist in doppelter Hinsicht ein „Gesundheitsfaktor“:

Das Werkstattgespräch beleuchtet mit den negativen Folgen schlechten Zuhörens die mögliche Präventivwirkung systematischer Zuhörförderung im Gesundheitswesen. Mit den positiven Auswirkungen gekonnten Zuhörens tritt das Zuhören als Element der Heilkunst in Erscheinung. In der medizinischen Praxis können diese beiden Wirkungen des Zuhörens nicht immer klar voneinander getrennt werden. Immer jedenfalls gilt:

„Das richtige Gespräch zwischen Arzt und Patient kann fast alles bewegen und ohne das richtige Gespräch bewegt sich fast nichts.“

(Prof. Dr. Fießl)

Gesundheitsfaktor Zuhören – der Einfluss auf die Salutogenese beim Patienten

Ein besseres Informationsmanagement ist – das legen die Beiträge der Experten nahe – ein wesentlicher Grund, warum Ärzte, die das Zuhören als Teil der ärztlichen Kunst betrachten, auch bessere Heilerfolge erzielen. Gekonntes ärztliches Zuhören führt zu besserer Informationsaufnahme und -auswertung. Darüber hinaus kommt dem Zuhörprozess an sich aber auch eine gewisse therapeutische Wirkung zu.

Zuhören und Informationsmanagement

„Es ist ganz wichtig, offen zu sein, um die Ressourcen der Patienten abzufragen, die zur Heilung beitragen.“

(Prof. Dr. Schwantes)

„Gerade bei der Diagnosefindung gilt es zunächst zuzuhören, die Person kennenzulernen, zu verstehen, welche Leiden hat sie, was führt sie zum Arzt und was soll therapiert werden?“

(Dr. Kerscher)

„Das Zuhören erlaubt es dem Arzt, sich in den Patienten hineinzuversetzen und ihm Gründe der



Expertenrunde in der Bayerischen Landesärztekammer.

Heilung zu geben. Nur so wird eine Beteiligung des Patienten an medizinischen Entscheidungen auf der von ihm [dem Patienten] gewünschten Ebene ermöglicht.“ (Prof. Dr. Schwantes)

„Echte Beratung hört den Bedürfnissen des Patienten zu und nimmt bei ihnen ihren Ausgangspunkt.“ (Dr. Fick)

Es gibt mittlerweile Untersuchungen, die belegen, dass in vielen Fällen, bei denen Medical Error die Todesursache war, Kommunikationsfehler zugrunde lagen. Gemeint ist die Kommunikation zwischen Arzt und Apotheker oder zwischen Arzt und Patient. [...] Hier ergeben sich drastische Kosten-Nutzen-Möglichkeiten.“ (Prof. Dr. Willich)

Zur therapeutischen Wirkung von Zuhören

„Gute Zuhörer können schlechte Nachrichten gut verkaufen“ [und damit dem Patienten bei der Heilung helfen]. (Prof. Dr. Füleßl)

„Der Arzt, der zuhören kann, erzeugt eher Akzeptanz von Krankheit und erhöht damit die Heilungschancen.“

(Prof. Dr. Bernard Lown: Die verlorene Kunst des Heilens, Suhrkamp 2004)

„Bei dem ‚weichen‘ Bereich ‚Kommunikation‘ geht es sehr wohl sehr hart um Kosten. Beispiel Demenzerkrankungen: Die neuen, teuren Medikamente, die die Pharmaindustrie immer mit viel Aufwand auf den Markt bringt, bringen in der Regel schon messbaren Benefit – aber sehr geringen Benefit gemessen an den folgenden Erfahrungen aus den USA. Dort hat man vor zwei, drei Jahren den Versuch gemacht und in Altersheimen einmal konsequent den Betreuungsschlüssel erhöht. Man hat zwei bis drei weitere Mitarbeiter eingestellt mit der klaren Aufgabe, Zeit mit den Patienten zu verbringen.

Die Effekte waren erstaunlich hoch. Allein eine Viertelstunde Zuwendung pro Tag hat längerfristige Effekte ergeben. Und wir machen selbst gerade eine Studie mit Herzkreislaufpatienten, die wir ein Jahr lang zusätzlich zur Arztbetreuung in regelmäßigen Abständen immer wieder anrufen, und zwar wirklich auf allgemein menschlichem Level. In der Vergleichsgruppe wurde das nicht gemacht. Wir werden die medizinischen und ökonomischen Unterschiede untersuchen.“ (Prof. Dr. Willich)

„Patienten sind sehr viel leichter zu einem aufmerksamen Zuhören zu bekehren. Sie betrachten es als eine Wohltat, wenn ihr Arzt sich wirklich für sie interessiert. Und große Studien haben gezeigt, dass dadurch ihre Selbstheilungskräfte gestärkt und bessere Heilungserfolge erreicht werden.“

(Dr. Koch)

„Wie Kerschensteiner die ärztliche Tätigkeit definiert hat, ist sie, eine ganz eigenartige Mischung aus Wissenschaft, Kunst, Handwerk, Liebestätigkeit und Geschäft.“ Wir vernachlässigen die Weisheit, die Shakespeare schon vor 500 Jahren ausgesprochen hat: ‚Leid, das nicht spricht, zerbricht das kranke Herz.‘“ (Prof. Dr. Füleßl)

„Akutmedizin braucht akute Kommunikation, das heißt unfreie Kommunikation. Wo es aber um Gesundheit in einem umfassenderen Sinne geht, sind viele unterschiedliche Wege möglich. Pathogenese steht in jedem Buch drin, aber wie Gesundheit entsteht, das wissen wir nicht.“

(Prof. Dr. Schwantes)

„Meine bedeutendsten Lehrer waren Patienten, die mich mit einer reichen klinischen Erfahrung beschenkt haben, die mir die Kompliziertheit der Reaktion auf die Worte des Arztes aufgezeigt und mir klargemacht

haben, wie oft ein einfaches, harmloses Wort eine Quelle der Ermutigung und Hoffnung ist. Als ich mir zum ersten Mal der außergewöhnlichen heilenden Kraft von Worten bewusst wurde, hatte ich keine Ahnung, was eigentlich geschehen war, bis es mir der Patient später erzählte. Obwohl ich ein Wort von entgegengesetzter Bedeutung benutzt hatte, erwies sich die positive Reaktion des Patienten auf das Gesagte als entscheidend.“

(Prof. Dr. Bernard Lown:
Die verlorene Kunst des Heilens,
Suhrkamp 2004, S. 109)

Berufszufriedenheit und Gesundheit des Arztes

Dauer und Qualität ärztlichen Zuhörens scheinen auch in einem direkten Verhältnis zur Gesundheit und Berufszufriedenheit der Ärzte selbst zu stehen. Da jeder Patientenkontakt unterschiedliche Formen des Zuhörens und damit auch der Nähe und Distanz zu den Patienten erfordert, entscheidet die Geübtheit eines Arztes als professioneller Zuhörer auch in entscheidendem Maße über seine Autonomie in der Berufsausübung.

„Zuhören kann ganz schön anstrengend sein, anstrengender als sprechen und natürlich auch sehr sehr belastend. Als Ärzte sind wir wie eine Wand mit Ohren, die sich den ganzen Tag vollsaugen muss mit Mühseligem und Beladenem. [...] Nicht umsonst ist der Arztberuf ein hochpathogener Beruf mit der höchsten Rate an Alkoholismus und Suizidalität.“

(Prof. Dr. Fießl)

„Und doch: Wenn man den Patienten richtig zuhört, ist das in vielerlei Hinsicht bereichernd. Man erfährt viel von Patienten, auch darüber, was er kann und bereit ist, zur Heilung beizutragen.“

(Prof. Dr. Schwantes)

„In einer Studie vergleichen wir gerade die Berufszufriedenheit von Schweizer Hausärzten mit deutschen Hausärzten, und da scheint es einen deutlichen Zusammenhang zu geben mit der Dauer der ärztlichen Konsultation. In der Schweiz, wo sie im Durchschnitt 15,6 Minuten beträgt, ist sie deutlich höher als in Deutschland, wo sie nur 7,6 Minuten beträgt.“

(Dr. Kampmann)

2. Zuhören als Grundkonzept – Aspekte der Professionalität

Welche Leistung verbirgt sich hinter gekanntem Zuhören?

Diskussionsbeitrag von Margarete Imhof

— Zuhören ist eine komplexe Leistung des psychischen Systems. Dazu sind folgende Punkte zu berücksichtigen, die ich hier in Form von Thesen zu illustrieren versuche:

These 1:

Zuhören findet auf mehreren Ebenen statt. Auf allen diesen Ebenen können Zuhörfehler passieren, die gerade im Arzt-Patienten-Dialog teure Folgen haben können.

Zuhören bedeutet, dass man die mündlich vermittelte Information richtig entschlüsselt und interpretiert, auch unter Berücksichtigung der nonverbalen Mitteilungen. Auf der Ebene der verbalen Mitteilungen sind Worte, Sätze und Sinnzusammenhänge zu erfassen. Nicht selten äußern sich Personen aber in heiklen Situationen nicht in zusammenhängenden Sätzen. Sie reden über Dinge, die ihnen unangenehm, peinlich, nicht so geläufig sind, benutzen fremdes Vokabular, um nicht „ungeschickt“ zu wirken, etc. Das psychische System des Menschen reagiert auf unvollständige und unverständliche Nachrichten zunächst einmal so, dass es die Aussagen glättet, repariert und an das eigene Wissen anpasst. Alles das kann die Nachricht beeinflussen, man versteht Dinge anders, als sie gemeint sind.

Der geschulte Zuhörer ...

- versteht, wo er nachfragen muss, erkennt, wo der Sprecher möglicherweise ein anderes Wortverständnis hat als er. (Beispiel: „Ich rauche nicht mehr viel!“ „Es tut nur noch ein bisschen weh.“)
- bezieht die nonverbalen Signale, die der Sprecher sendet, mit ein. (Beispiel: Sprechweise, Gestik, Sitzhaltung beinhalten durchaus wertvolle Informationen.)
- weiß, wie er nachfragen muss, um das Verständnis zu prüfen.
- hält auseinander, was der Sprecher gesagt hat und was die eigenen Schlussfolgerungen und Hinzufügungen sind.

These 2:

Zuhören erfordert Konzentration und mentale Kapazität. Diese sind besonders angestrengt, wenn es um emotional aufwendige Themen geht. Daher ist die Gefahr, dass Zuhören misslingt dann besonders hoch, wenn es im Arzt-Patienten-Gespräch um heikle Themen geht.

Zuhören ist eine flüchtige Form der Informationsverarbeitung, weil die Botschaften kontinuierlich auf den Zuhörer einströmen. Die Information wird von denen schneller verarbeitet, die viel Vorwissen haben. Patienten haben in aller Regel kein großes Vorwissen und verarbeiten die Information, die sie vom Arzt bekommen

ungefähr so holprig wie jemand, der in einer Fremdsprache ein paar Worte kann und versucht, sich einen Vortrag über ein unbekanntes Thema zu behalten. Die Kapazität zur Informationsverarbeitung ist aber auch dadurch eingeschränkt, dass man damit rechnen muss, dass die Personen in der heiklen Situation eines Arzt-Patienten-Gesprächs auch noch zugleich andere Gedanken „im Hinterkopf“ bewältigen: Beim Patienten kann das sein: „Was ist, wenn der Arzt ... feststellt? Wie geht es weiter, wenn ich hier heraus bin? Sagt er mir die ganze Wahrheit?“ Diese Gedanken (Worry-Kognitionen) besetzen einen Teil der mentalen Kapazität des psychischen Systems und erschweren das Zuhören. Man nimmt nur noch einen Teil wahr. Beim Arzt kann das sein: „Was redet der so lange? Wie viel Zeit habe ich jetzt schon vertan? Ist doch klar, was ihm fehlt! Wer ist eigentlich als Nächstes dran?“ Auch diese Gedanken besetzen mentale Kapazität und versperren die Wahrnehmung von Details.

Der geschulte Gesprächspartner kann ...

- seine Sprache in Umfang, Tempo und Komplexität der Situation anpassen.
- wichtige Dinge so festhalten, dass sie nicht verloren gehen (Notizen, Wiederholungen).
- die störenden Gedanken explizit machen und ggf. kontrollieren.
- das Gespräch auf eine andere Situation vertagen.

These 3:

Zuhören erfordert Fähigkeiten in der Selbstregulierung. Diese sind in ungewohnten Situationen besonders anfällig für Störungen. Besonders für den Patienten dürften Gespräche mit Ärzten ungewohntes Terrain

darstellen. Hinzu kommt ein Ungleichgewicht in der Beziehung, denn der Patient zieht sich zum Teil buchstäblich „nackt aus“ vor dem Arzt, während er vom Arzt überhaupt nichts erfährt. Solche asymmetrischen Situationen sind vor allem für den unterlegenen Teil schwierig zu verarbeiten.

Zuhören ist ein wesentlicher Teil von interpersonaler Kommunikation und beinhaltet immer auch soziale Aspekte und Facetten der Selbstpräsentation: Wie stehe ich da vor dem Arzt/vor dem Patienten? Kann man zugeben, dass man etwas nicht weiß, dass man etwas getan hat, was zu dem Arztbesuch führte? Wie peinlich ist es einem, an Körperstellen berührt zu werden, die sonst für andere tabu sind, oder andere dort zu berühren, wo man es normalerweise nicht tun würde? Vor allem für den Patienten ist damit zu rechnen, dass die Situation beim Arzt ungewohnt und fremd ist. Solche Situationen bewältigt das psychische System meistens mit einem hohen Maß an Selbstaufmerksamkeit und innerer Aufregung. Beides wiederum schränkt die Fähigkeit ein, aufzunehmen, was andere sagen, und vor allem, das Gesagte auch kritisch zu bewerten.

Der geschulte Zuhörer ...

- hält seine Schlussfolgerungen zurück.
- hält spontane Erklärungen für das Gehörte zurück und kann situative Aspekte in die Interpretation der Äußerungen mit einbeziehen.
- bezieht Äußerungen zunächst nicht auf sich persönlich.
- ist in der Lage, trotz „offensichtlicher“ Tatbestände und vermeintlich eindeutiger Aussagen Informationslücken zu erkennen und nachzufragen.
- versteht die Bedeutung von Details und springt nicht auf Reiz- oder Stichworte an.

- kann berücksichtigen, dass das Bild, das der Sprecher abgibt, nur einen Teil der Persönlichkeit des Sprechers darstellt.

These 4:

Zuhören ist lernbar und lehrbar: Zuhören muss trainiert werden, damit nicht nur zufällig ein gutes und richtiges Ergebnis erzielt wird. Auch wenn Zuhören wie im Arzt-Patienten-Gespräch „schnell“ gehen muss, lässt sich durch Übung erreichen, dass die Effektivität und die Breite der Informationsverarbeitung gesichert werden.

Zuhören verhält sich zum Hören wie das Lesen zum Sehen. Wer sehen kann, muss noch lesen lernen und wer hören kann, muss noch zuhören lernen. Der kompetente Zuhörer übt sich in der Praxis des Zuhörens, indem er Gespräche und Zuhörsituationen vorbereitet und im Nachhinein reflektiert. Beim Zuhören ist entscheidend, dass man die Information, die man erhält, richtig zusammensetzt, dass man erkennt, wann Aussagen nur wiederholt werden und davon unterscheidet, wann neue Informationen dazukommt. Zuhören erfordert ein genaues Kurzzeitgedächtnis, um die Informations„brocken“ angemessen zusammenzubringen und Inkonsistenzen und Nachfragebedarf zu entdecken.

Der geschulte Zuhörer ...

- achtet darauf, was in der Zuhörsituation erforderlich ist, um ein Gespräch zu ermöglichen.

- kann berücksichtigen, dass die andere Person einen anderen Wissensstand und eine andere Ausdrucksweise hat.
- weiß, dass auch äußere Verhaltensweisen, nicht nur die innere Einstellung für das Zuhören wichtig sind, zum Beispiel der Blickkontakt. Während man auf einen Computerbildschirm schaut, kann man nicht zuhören, weil einem wichtige Details entgehen. Sprecher, die nicht angesehen werden, „ersterben“ in ihrem Redefluss.
- erkennt die Stellen, an denen er mehr seine eigenen Hinzufügungen als die gegebene Information verarbeitet.

Die hier vorgetragenen Thesen gelten nicht nur für das Zuhören in Arzt-Patienten-Gesprächen. Sie beruhen auf der Art und Weise, wie das Zuhören psychologisch bearbeitet wird. Die besondere Schärfe, mit der diese Funktionen jedoch im Gesundheitsbereich betrachtet werden müssen, resultiert

- aus der begrenzten Zeit, die für solche Gespräche zur Verfügung steht.
- der nahezu ausschließlich mündlich vermittelten Kommunikation in diesem Bereich.
- den hohen Kosten (gesundheitlich, persönlich, finanziell, wirtschaftlich), die durch Missverständnisse entstehen.
- der besonderen Asymmetrie der Beziehung, die dem Arzt eine höhere Verantwortung gibt.

Aspekte der Professionalität

Diskussionsbeiträge aus dem Werkstattgespräch

— Wenn gekanntes Zuhören an den Arzt spezifische, definierbare Anforderungen stellt, wie es u.a. der Beitrag von Imhof

zeigt, dann lässt sich sagen, dass Zuhören eine ärztliche Grundkompetenz ist. Als solche ist sie lehr- und lernbar. Das Werkstatt-

gespräch hat dies deutlich gemacht. Die versammelten Experten haben daher nach Möglichkeiten des gezielten Kompetenzerwerbs gefragt. Denn auf die Grundkompetenz Zuhören kann kein Arzt verzichten, sie kann nicht wegrationalisiert werden – auch nicht im Sinne einer Arbeitsteilung unter Medizinerinnen.

„Professionelles Kommunizieren ist zwar immer eine Sache der Erfahrung. Aber es gibt sehr wohl Möglichkeiten, es zu lernen. Wir gehen in der Sprachwissenschaft so vor, dass wir authentische Gespräche, die wirklich so geführt werden, aufnehmen und sie verschriftlichen. Damit arbeiten wird dann. Bei meinen Fortbildungen mit Ärzten und Ärztinnen hat sich gezeigt, dass es der direkteste Zugang ist, wenn man mit den eigenen Gesprächen, die man selbst geführt hat, arbeitet. Denn dabei kann man sehr viel lernen, weil man ja immer Fantasien über die eigenen Gespräche hat, wie etwa, dass man sagt: ‚Nein, ich unterbreche nicht, ich lass eh jeden ausreden.‘ Wenn man dann aber sieht, wie man sich tatsächlich verhält, gibt es einen Aha-Effekt und man sagt: ‚Interessant, was ich da eigentlich tue.‘ Und wenn ich das nun vergleiche mit der Gesprächsführung anderer, dann ist das sehr lehrreich.“ (Dr. Lalouschek)

„Natürlich sind die kommunikativen Fähigkeiten völlig unterentwickelt. In meinem eigenen Studium in Berlin und München habe ich keine einzige Stunde irgendetwas von Arzt-Patienten-Beziehung und Arzt-Patienten-Kommunikation gehört. Wie also kann die Lösung aussehen? Wir brauchen nach einer Art Grundstudium drei völlig verschiedene Berufszweige: Wenn Sie ein Hüftgelenk brauchen, wollen Sie doch einen, meinetwegen, autistischen Chirurgen, der ein exzellenter Handwerker ist und nichts anderes!

Und wenn Sie die moderne Therapie wollen, wollen Sie doch einen exzellenten Forscher und Molekularbiologen. Und dann brauchen wir noch einen Dritten, einen Kommunikator, den Hausarzt, der das System kennt.“ (Prof. Dr. Willich)

„Kommunikation ist in jedem Bereich unentbehrlich! Es gibt keinen wirklich guten Fachidioten!“ (Schulte-Bocholt)

„Die Kunst des Zuhörens ist das Kernstück einer kunstgerecht am Krankenbett ausgeübten Medizin. Erfolgreiches Zuhören schließt alle Sinnesorgane ein, nicht nur die Ohren. Die Ausübung der medizinischen Kunst erfordert nicht nur die ausgezeichnete Erkenntnis der Erkrankung selbst, sondern auch die Wahrnehmung intimer Einzelheiten aus dem emotionalen Leben des Patienten. Dies gilt ja üblicherweise ausschließlich als Domäne des Psychiaters. Die Notwendigkeit, sich allumfassend mit dem Patienten zu beschäftigen, wird niemals in medizinischen Lehrbüchern zur Sprache gebracht oder während der medizinischen Ausbildung erwähnt. Um erfolgreich heilen zu können, muss ein Arzt vor allen Dingen zum Zuhören erzogen werden. Aufmerksames Zuhören gehört zur Behandlung, erfährt man doch viele verborgene Dinge. Nur wenige große Bücher der Weltliteratur geben klarer Aufschluss über das menschliche Befinden als ein Patient, der es zulässt, dass man ihm tief in die Augen blickt. In der kurzen Zeit, die für die Anamneseerhebung zur Verfügung steht, muss es das Ziel sein, über die essenziellen Fakten hinaus auch Einblick in das Innere des Menschen zu gewinnen. So einfach dies klingt: Zuhören können ist das komplizierteste und schwierigste aller Instrumente im Repertoire eines Arztes. Man muss ein aktiver Zuhörer sein,

um unausgesprochene Probleme wahrnehmen zu können.“

(Prof. Dr. Bernard Lown:
Die verlorene Kunst des Heilens,
Suhrkamp 2004, S. 30)

„Wer kommunizieren kann, der kann es dann nicht mehr sein lassen. Wenn man gelernt hat, sich auf bestimmte Situationen anders einzulassen und sich da sicherer fühlt, dann kann man das in vielen anderen Bereichen einsetzen.“

(Prof. Dr. Schwantes)

„Eine geschulte Zuhörfähigkeit ist Bestandteil ärztlicher Professionalität. Die hilft übrigens auch bei der Zusammenarbeit mit den Krankenkassen. Ich sage nicht ‚Ihr habt das und das für einen Patienten abgelehnt. Was soll denn das?‘, sondern: ‚Hören Sie mal. Ihr Patient, der bei Ihnen versichert ist, und der bei mir Patient ist, der hat folgendes Problem, und ich weiß jetzt nicht genau, wie wir das lösen können. Sagen Sie mir mal Ihre verbuchungstechnische Lösung dazu, ich versuche meine medizinische, und dann gucken wir mal, wie das zusammenpasst.‘ Das klappt hervorragend!“

(Prof. Dr. Schwantes)

„Eine systematische Sensibilisierung für Kommunikation – professionelles Zuhören als Handeln begriffen – ermöglicht auch die Übertragung auf andere Bereiche: Praxisorganisation, Kollegen, Station etc., zum Beispiel als Mediator.“

(Kreutzberg)

„Zum professionellen Zuhören gehört unter anderem das Ausredenlassen, eine hohe Konzentrationsfähigkeit, die Kenntnis der unterschiedlichen Gesprächstechniken und die Kunst des Interpretierens.“

(Dr. Lalouschek)

„Zuhörenkönnen ist erlernbar: Die Stiftung Zuhören hat in den letzten Jahren in Zusammenarbeit mit Pädagogen Lehr- und Lernansätze entwickelt, um die Zuhörfähigkeit von Kindern und Jugendlichen zu fördern. Auf der Webseite der Stiftung oder unter www.ganzohrsein.de – ein Projekt mit dem Lehrstuhl für Grundschulpädagogik und -didaktik an der Universität München – finden Sie Forschungsergebnisse und zahlreiche praktische Anregungen. Seit ihrer Gründung im Jahr 2002 ist es der Stiftung Zuhören gelungen, an über 500 Schulen Hörclubs einzurichten. Nicht nur an Grundschulen – auch für den ganzen Sekundarbereich und weiterführende Schulen stoßen wir auf zunehmendes Interesse und auf eine große Nachfrage nach pädagogischen Materialien und Konzepten. In mehreren Bundesländern haben wir Projekte für die frühe Förderung des Hörens und Zuhörens an Kindergärten initiiert. Dass das Zuhören als eine kulturelle Grundfertigkeit begriffen wird, die man lernen kann wie Lesen, Schreiben, Rechnen, ist ein wichtiges und ein langfristiges Ziel unserer Stiftung. Zusammen mit drei Trägern der Erwachsenenbildung erproben wir nun seit geraumer Zeit verschiedene Fortbildungsmodule, um die Zuhörfähigkeit von Erwachsenen zu verbessern. Wie wir von Professor Schwantes gehört haben, gibt es auch für die medizinische Ausbildung vielversprechende Modelle, die die Kommunikation und das Zuhören als eine Kernkompetenz des Arztes behandeln, die während des Studiums gelernt wird. Aber wie können erfolgreiche Modelle, solche wie die Medizinerausbildung an der Charité in Berlin, zur Regel werden? Welche praktikablen Wege gibt es für die ärztliche Fort- und Weiterbildung?“

(Huber)

3. Wo und wie können Ärzte das Zuhören lernen?

Zuhörförderung in der ärztlichen Ausbildung

— Der Erwerb professioneller Kompetenzen sollte möglichst schon während der beruflichen Ausbildung beginnen. Eine systematische und vor allem praxisnahe Einübung ärztlichen Zuhörens (wie es eine grundlegende Anamnese erfordert) ist jedoch im Regelstudium an deutschen Medizinfakultäten nicht vorgesehen.

Eine Ausnahme machen Reformstudiengänge wie etwa der an der Berliner Charité, der Universität Heidelberg oder Witten-Herdecke. Prof. Schwantes, Landarzt und Direktor des Instituts für Allge-

meinmedizin an der Berliner Charité, stellt in seinem Beitrag die Möglichkeiten vor, die Kernkompetenzen des Arztes in Form von Zuhörtraining im Studium zu fördern.

Das Expertengespräch beleuchtet hingegen die andere Wirklichkeit an deutschen Hochschulen. Die Beiträge der anwesenden Vertreter des deutschen Gesundheitssystems belegen die Vernachlässigung der ärztlichen Grundkompetenz ‚Zuhören‘ in den medizinischen Curricula und fordern eine Trendwende.

Warum Zuhören eine ärztliche Kernkompetenz ist und wie man sie lehren kann

Ein Bericht vom Reformstudiengang an der Berliner Charité

Von Ulrich Schwantes

— Wenn Patienten befragt werden, was sie von ihren Ärztinnen und Ärzten in einer gelungenen Konsultation erwarten, haben sie zunächst den Wunsch, feststellen zu lassen, ob eine Erkrankung vorliegt oder nicht, dass diese auch benannt werden kann und die erforderliche Therapie eingeleitet werden möge. Darüber hinaus wünschen sie sich Ärzte, die Zeit haben, die Kontakt zu ihnen aufnehmen können, die ihnen Hilfe bei der Bekämpfung ihrer Angst geben können, menschliches Ver-

ständnis aufweisen und dabei ihr Eigenkonzept und ihre bisherigen Leistungen würdigen [11].

Wenn Studenten am Ende ihres Studiums gefragt werden, was sie am meisten in ihrer Ausbildung vermissen, sind es die sogenannten Soft Skills, die psychosoziale Kompetenz, die Fähigkeit ein gutes Gespräch zu führen, gefolgt von organisatorischen und ökonomischen Aspekten, die ihnen in der Ausbildung zu kurz kommen [8].

Das Zuhören und die Rolle des Arztes

Hören ist die Sinnesfähigkeit des Menschen, die in starkem Maße ein Sichöffnen für Geräusche oder das Gesagte eines anderen Menschen erfordert. Hören ist perzeptiv. Das bedeutet, bereit zu sein, etwas in sich aufnehmen zu wollen. Aufseiten des Hörenden beinhaltet das Passivität und gelingt am besten, wenn dieser im Augenblick des Hörens selbst still und nicht durch andere Wahrnehmungen oder Gedanken abgelenkt ist. Im Hören verborgen ist die Bereitschaft, annehmen zu können und etwas auf sich einwirken zu lassen. Hören hat mehr protopathischen als epikritischen Charakter. Es fördert die Fähigkeit, Gefühle wahrzunehmen, sich umfassender in eine Situation zu begeben, als es dem bloßen „Im-Bilde-Sein“ entspricht. Hören ist Zuwendung zum anderen, wie es körper-sprachlich der geneigte Kopf anzeigt. Im Zuhören ist Zuneigung.

Dem vorherrschenden Medizinverständnis zufolge gehört das Zuhören weniger zur ärztlichen Rolle. Der Arzt als Helfer und Retter hat aktiv zu sein. Er soll Gefahren und Not beseitigen. In diesem Sinne ist er ein Macher, der objektiv zu sein hat. Damit ist eine Ausrichtung an medizinischen Konzepten gemeint. Diese haben aus der Situation heraus gehobene Konstellationen im Auge (nicht im Ohr). Sie übergehen in der Regel die dichte Atmosphäre von Gefühlen und verlieren dabei nicht selten das subjektive Gesamte. Die Ausbildung zum Arzt, das Medizinstudium also, orientiert sich an einer aktiven Rolle. Das Akutmedizinische, rasches Erkennen und rasches Handeln, stehen im Vordergrund. Damit ist die Ausbildung eher krankheitsorientiert. Das spiegelt sich in den Lehrinhalten und damit verbunden auch in den darauf aufbauen-

den Prüfungen wider. Diese zielen auf Wissen und – schon in einem etwas geringeren Maße – auf Handlungskompetenz, weitere Eigenschaften, die für die Entscheidungsfähigkeit unerlässlich sind. Die professionelle Haltung sowie Wertvorstellungen spielen eher eine nachgeordnete Rolle. Medizinisches Handeln gerät so nicht selten in die Gefahr, am Patienten vorbeizugieren, seine Krankheit im Auge zu haben, ohne sich der gesamten Situation gewärtig zu sein. Sich auf diese einzulassen, erfordert etwas mehr Zeit für das Zuhören.

Ist Zuhören für den Arztberuf hinderlich?

Es ist eine oftmals spürbare Befürchtung, Zeit zu verlieren: durch die Zuwendung zum Patienten und seiner individuellen Geschichte, die nur er erzählen kann und die der Arzt anhören muss. Wer sich nicht konkret an der Krankheit orientiere, verpasse die entscheidenden Momente. Im „Zuhören“ werde möglicherweise das Wesentliche (die Krankheit) „übersehen“. Und nicht nur Zeit werde vergeudet, sondern die ärztliche Führung aus der Hand gegeben.

Solche Befürchtungen werden durch Untersuchungen eindeutig widerlegt. W. Langewitz, Arzt für Psychosomatik am Universitätsspital in Basel, ging der Frage nach, wie viel Zeit sich Patienten nehmen, wenn sie ungehindert reden dürfen. Er trainierte insgesamt 14 Ärztinnen und Ärzte im Zuhören. Sie hatten beim Erstkontakt die Anweisung, den Patienten keine weiteren Fragen als die nach dem Grund der Konsultation zu stellen, sie also ohne Unterbrechung reden zu lassen. Erlaubt waren allenfalls nonverbale oder paraverbale Ermutigungen, mit dem begonnenen Bericht fortzufahren. Gemäß den zuvor festgelegten Kriterien konnten in

die Auswertung schließlich insgesamt 335 Patientinnen und Patienten eingeschlossen werden. Gemessen wurde die „spontane Redezeit“ bis zur Aufforderung an den Arzt, seinerseits das Wort zu ergreifen: „Was meinen Sie dazu, Frau Doktor?“ Die mittlere Redezeit aller Patienten betrug lediglich 92 Sekunden. Nur sieben von den insgesamt 335 Patienten benötigten mehr als fünf Minuten. Dieses Zeitlimit war gesetzt, bei dem der zuhörende Arzt in das Gespräch eingreifen durfte. Von den soziodemografischen Daten hatte lediglich das Alter einen Einfluss auf die gemessene Zeit [10]. Über ein Jahrzehnt früher hat bereits ein englischer Neurologe namens Blau eine ähnliche Untersuchung durchgeführt mit dem Ergebnis, dass Patienten durchschnittlich 1 Minute und 40 Sekunden erzählen, bis sie den Arzt einbeziehen [2].

Kommunikation in verschiedenen Situationen

Tatsächlich muss dem gewählten Kommunikationsstil die jeweilige Situation unterlegt werden. Es gibt zweifellos akute Situationen, die ein rasches Kategorisieren erfordern. Sie müssen das Krankheitspezifische schnell erfassen lassen, um möglichen Schaden vom Patienten abzuwenden. Seine subjektiven Erwartungen und seine Lebensgeschichte rücken so lange in den Hintergrund, bis die akute Situation gemeistert ist. Dann allerdings sollte bereits wieder der Blick auf die persönlichen Lebensumstände gerichtet werden, in denen sich der jeweilige Patient zurechtfinden muss, in die er Kranksein zu integrieren hat, in der er seinen Weg zur Gesundheit finden muss und vielleicht dabei auch ärztliche Unterstützung braucht. Bei chronischen Erkrankungen stellt sich das von vornherein so dar, dass Krankheitsspezifisches aus dem

Hintergrund immer wieder mal in den Fokus tritt, im Wesentlichen aber der Patient und seine Lebensauffassung alle Beachtung in Anspruch nehmen. Der Patient muss sich mit der Einschränkung durch die chronische Krankheit arrangieren, auf dass sie für ihn ein nicht allzu großes Handicap bedeutet, damit letztlich Gesundheit entstehen kann.

Antonovsky (1923–1994), ein amerikanisch-jüdischer Soziologe, konzipiert Salutogenese als Gefühl der Kohärenz und hat dazu nähere Untersuchungen angestellt. Nach seiner Einschätzung [1] sind es drei wesentliche Anteile, die die Fähigkeit zur Gesundheit ausmachen.

Die Verstehbarkeit (sense of comprehensibility) ermöglicht es nicht nur, die Situation zu verstehen, in die man geraten ist, sondern auch sich selbst verständlich zu machen, sozusagen in Übereinstimmung mit anderen oder mit den Umständen zu kommen.

Die Handhabbarkeit (sense of manageability) trägt dazu bei, mit den eigenen Ressourcen anpassend einzugreifen, sozusagen die eigenen Bedürfnisse gestalterisch den gegebenen Umständen beizufügen.

Die Bedeutsamkeit schließlich (sense of meaningfulness) umfasst nicht nur das zu erreichende Ziel, sondern auch den individuellen Sinn, der befähigt, Entbehrungen zu ertragen und Hoffnung zu erhalten.

Ärztinnen und Ärzte können je nach den ihnen übertragenen Funktionen diesen Aspekten mehr oder weniger gerecht werden. Ein Notarzt wird sich allerdings in der Notsituation auf eine eher mono- bis oligokausale Betrachtungsweise auf einem biologisch ausgerichteten Hintergrund beschränken müssen und dabei auf die konkrete Störung oder Krankheit fokussieren. Hausärzt-

liche Funktionen sind hingegen erheblich weiter gefasst. Sicher haben auch die Krankheiten mit ihren biologischen Aspekten einen gehörigen Anteil. Darüber hinaus müssen aber auch die Psyche des Patienten, seine familiären Beziehungen und das gesamte Gefüge manchmal bis in den kulturellen Hintergrund hinein ihre Berücksichtigung finden. Bei der Betrachtung möglicher Ursachen spannt sich der Bogen bis hin zum Systemischen, und der Umfang aller möglichen Faktoren kann sich nicht nur auf die aktuelle Störung oder Erkrankung beschränken, sondern reicht bis in die Gesellschaft hinein. George L. Engel hat diese erweiterte ärztliche Sicht und Handlungsweise mit dem Begriff „bio-psycho-sozial“ umrissen, als er bereits in den 70ern eine neue Ausbildung in der Medizin forderte.

Die Bedürfnisse des Patienten, der sein Kranksein aus seinen Wünschen und Erwartungen heraus bewältigen muss, und die Sicht des Arztes, der die Krankheit bekämpfen will, ergeben einen ständigen Konflikt, der durch das Gespräch, durch Zuhören zur Verständigung und letztlich zu einer gemeinsamen Entscheidung führen soll. Stewart und Roter (Lit.) haben das in ihrem „Disease-illness“-Modell eindrücklich beschrieben. Der Bewegungsspielraum des Patienten, der durch Krankheit im akuten Stadium erheblich eingeschränkt ist, kann nur so wieder erweitert werden. Die Bildung des Kohärenzgefühls im Sinne von Antonovsky bedarf der Verstehbarkeit, der Handhabbarkeit und der Sinnhaftigkeit. Zuhören und Bestätigen sind dafür unerlässliche Voraussetzungen.

Lernen, zu hören: Lehrbeispiele an der Charité
Seit 1999 gibt es nach der Einfügung einer Modellklausel in die Approbationsordnung

durch die damalige Gesundheitsministerin Andrea Fischer einen Reformstudiengang, der in einem verstärkten Maße die Aspekte des Patienten in die Ausbildung einbezieht. Vom Studienbeginn an haben die Studierenden Kontakt zu Patienten. Sie besuchen im ersten Studienabschnitt einmal in der Woche eine Praxis. Die Ausbildung ist insgesamt interdisziplinär ausgerichtet und praxisbezogen, ohne eine Ausbildung zur Praxis hin sein zu wollen. Ein wichtiges methodisches Vorgehen besteht im gemeinsamen Entwickeln von Lösungen durch das problemorientierte Lernen (POL). Einen breiten Raum haben außerdem Unterrichtsveranstaltungen, die sich auf Grundlagen ärztlichen Denkens und Handelns beziehen, und über das gesamte Studium hin zieht sich der Pflichtunterricht in „Interaktion“, der wöchentlich zwei Stunden umfasst. Diese Neuerungen durch den Reformstudiengang haben relativ rasch auch Auswirkungen auf den Regelstudiengang gezeitigt. Das Erlernen von Kommunikationskompetenz spielt inzwischen für alle Studenten der Charité eine durch Pflichtunterricht angemessene Rolle [9].

Wie ist dieser Unterricht aufgebaut?

Im Reformstudiengang wird Interaktion in Kleingruppen zu sieben Studierenden unterrichtet, die den Gruppen des jeweiligen POL-Unterrichts entsprechen. Vom 1. bis zum 10. Semester werden im 14-tägigen Rhythmus jeweils vier Stunden erteilt, das entspricht zwei Semesterwochenstunden. Das Erlernete kann durch praktische Anwendung im Praxistag während des ersten Studienabschnitts (1.–5. Semester) oder in den Blockpraktika auf den verschiedenen Krankenstationen im 2. Studienabschnitt (6.–10. Semester) erprobt und verfestigt werden.

Im Regelstudiengang wurde bereits 2001 ein Pflichtkurs „Ärztliche Gesprächsführung“ eingeführt. Nach der neuen Approbationsordnung von 2002 und der daraus notwendig gewordenen neuen Studienordnung ist dieser jetzt Teil des „Interdisziplinären Untersuchungskurses und Ärztliche Gesprächsführung“. Er wird im 5. Semester nach der Ersten Ärztlichen Prüfung (früher Physikum) in Kleingruppen zu neun Studierenden erteilt. 14-tägig alternierend werden entweder das Gespräch mit dem Patienten oder Untersuchungstechniken trainiert. Das Verstehen von Krankheit und Kranksein soll dermaßen in gleicher Weise und gleichberechtigt gefördert werden. Ergänzt wird dieser Unterricht im 9. Semester durch „Übungen zum Überbringen einer schlechten Nachricht“, ein Kurs der Pflichtanteil für das Fach Allgemeinmedizin ist. Möglichkeiten zur praktischen Umsetzung finden die Studierenden dann ebenfalls auf den Stationen entweder im Unterricht am Krankenbett oder in den Blockpraktika der Fächer Allgemeinmedizin, Chirurgie, Gynäkologie, innere Medizin und Pädiatrie am Ende des Studiums. In beiden Studiengängen gibt das letzte Studienjahr durch das Praktische Jahr weiter umfassende Gelegenheit, die ärztliche Rolle im Kontakt zum Patient zu üben [14].

Allen genannten Unterrichtsveranstaltungen gemeinsam ist der Einsatz von Simulationspatienten. Das sind Schauspielerpatienten, in der Regel Laien, die eine bestimmte Krankheitsrolle auf der Grundlage einer realen Patientengeschichte einschließlich aller psychosozialen Hintergründe erlernen. Sie sind so trainiert, dass sie je nach Vorgehen des übenden Studierenden im Gespräch im Sinne des Pati-

enten angemessen reagieren können. Verschiedene Situationen werden allerdings auch durch Rollenspiel der Studierenden selbst geübt. Beim „Überbringen der schlechten Nachricht“ im Regelstudiengang z. B. sollen die Studenten sowohl in der ärztlichen als auch in der Patientenrolle Erfahrungen gemacht haben. Die Dozenten der Kleingruppen werden in besonderer Weise qualifiziert, damit gewährleistet ist, dass trotz der großen Zahlen ein weitgehend übereinstimmender Unterricht erteilt wird. Im Reformstudiengang sind es insgesamt 45 Kleingruppen, im Regelstudiengang ebenfalls mehr als 40.

Inhaltliche Aspekte

Der Unterricht ist, wenn auch verständlicherweise in unterschiedlichem Umfang, inhaltlich fokussiert. Neben Grundlagen der Kommunikation werden verschiedene Themen angesprochen, die sich vom Wahrnehmen der Gefühle und Bedürfnisse des Patienten über spezielle Krankheitssituationen (Angst, Depression) Aufklärung, Sexualanamnese, Paargespräch, Gespräch mit Eltern (oder Betreuern bei Verwirrten) bis hin zum Umgang im Team erstrecken. Getragen wird der Unterricht von den Grundwerten der Akzeptanz des anderen und der Wertschätzung ihm gegenüber mit dem Willen, eine gute Verständigung zu erzielen. Das erfordert nicht nur die Empathie, um den anderen auch gefühlsmäßig zu verstehen, sondern vor allem das Zuhören und Erkennenkönnen der Ressourcen des Patienten. Ein weiterer Schwerpunkt liegt darauf, Selbstreflexion zu üben. Das bedeutet, in allen geübten Situationen Feedback zu geben, aber auch empfangen zu können. Dabei werden bewusst die Perspektiven gewechselt, sodass

der Studierende sich in der ärztlichen und Patientenrolle wahrnehmen lernt [6]. Professionelles Handeln besteht aber auch darin, dass Ärztinnen und Ärzte eine Außenposition einnehmen können, um dadurch die Gefährdung durch emotionale Verstrickungen zu vermeiden.

Zuhören als Kernkompetenz

Ärztinnen und Ärzte müssen fähig sein, in allen Situationen ihre Patienten uneingeschränkt annehmen zu können. Wenn diese Akzeptanz, die keine Vorbedingungen kennt, fehlt, geht das Ärztliche, das Menschliche verloren.

Zuhören bedeutet diese bedingungslose Akzeptanz und gleichzeitig die Wertschätzung des anderen, die bereits darin besteht, ihn ohne einschränkenden Kommentar in seinen Möglichkeiten zuzulassen. Zuhören fördert ein umfassendes Verständnis und erleichtert damit alles ärztliche Handeln. Im umfassenden Sinne geht es um die besondere Situation von Menschen in einer Krankheit oder einer anderen Not, die – recht erkannt – die medizinisch richtige Hilfe erfahren sollen. Und es geht um die Ziele und Lebensvorstellungen des anderen, die andere Möglichkeiten beinhalten, als sie in medizinischen Konzepten stecken können. Nur die Möglichkeiten des Patienten stecken den Rahmen, in dem er aktiv werden kann.

Zuhören muss letztlich dazu führen, mit dem Patienten darüber in einen Dialog zu treten. Das soll ein Dialog sein, in dem beide einen gleichgewichtigen Anteil haben: der Arzt als Experte des Medizinischen, der Patient als Experte seines Lebens. So kann der Patient an Entscheidungen beteiligt werden, ohne dass er auf eine Ebene gedrängt wird, die ihm nicht angemessen ist.

Eigenverantwortung zu übernehmen bedeutet dann für den Patienten, nicht von Zuschreibungen belastet zu werden, den Rahmen der gegebenen Möglichkeiten nicht übertreten zu müssen.

Literatur

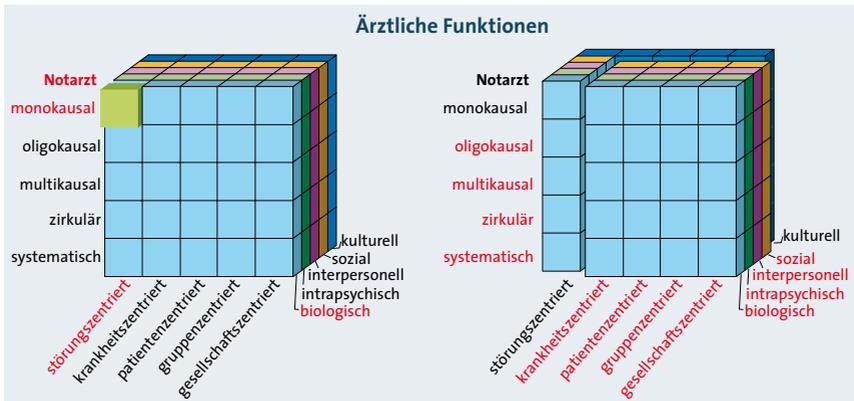
1. Antonovsky A. Salutogenese – Zur Entmystifizierung der Gesundheit, Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie (dgvt), Tübingen, 1997
2. Blau NJ: Time to let the patient speak. *BMJ* 1989, 289, p. 39
3. Cabié MC, Isebaert L. Pour une thérapie brève, Paris, 1997
4. Engel GL. The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science*. 1977. 196: 129–36
5. Fröhmel A. Survey zum Einsatz von Simulationspatienten an deutschen medizinischen Fakultäten, in Vorbereitung
6. Handrock A. Sprache und Verständlichkeit. Quintessenz-Verlags-GmbH, Berlin, 1999
7. Isebaert L. Kurzzeittherapie – ein praktisches Handbuch. Die gesundheitsorientierte kognitive Therapie. Thieme Verlag, Stuttgart, 2004
8. Jungbauer J, Alfermann D, Kamenik C, Brähler E. Vermittlung psychosozialer Kompetenzen mangelhaft. Ergebnisse einer Befragung ehemaliger Medizinstudierender an sieben deutschen Universitäten, *PPmP*, 07/2003
9. Kampmann M, Schlünder M, Schwantes U. „Die ärztliche Gesprächsführung- ein neuer obligater Unterricht an der Charité“. 35. Kongress der deutschen Gesellschaft für Allgemein- und Familienmedizin (DEGAM), Hannover, September 2001, *Z. Allg. Med.* 2001; 77 (Kongress-Abstracts): 4–5
10. Langewitz W et al. Spontaneous talking time at start of consultation in outpatient clinic: a cohort study, *BMJ* 2002, 325, pp. 682-3
11. Picker. Patienterwartungen, in: Dunkelberg S und Schmidt A: www.uke.uni-hamburg.de/institute/allgemeinmedizin/downloads/institut-allgemeinmedizin/VLSalutogenese.pdf
12. Scheibler F, Schwantes U, Kampmann M, Pfaff H. Shared decision making, *Gesundheit, Gesell-*

schaft und Wissenschaft (GGW), 5. Jahrgang (1/2005), 23–31, 2005

13. Schildmann J, Kampmann M, Schwantes U. Unterricht in Anamnese und kommunikativen Fähigkeiten: eine Befragung von Studierenden an 12 Fakultäten, Z Arztl Fortbildung Qualitatssich., 98 (4), 287–92, 2004
14. Terzioglu P, Jonitz B, Schwantes U, Burger W. Kommunikative und soziale Kompetenzen: Vermittlung muss im Medizinstudium beginnen. Deutsches Ärzteblatt 100, Ausgabe 36 vom 05.09.2003, Seite A-2277 / B-1897 / C-1797.



Themengewichtung in Abhängigkeit von Art der Erkrankung.



Ärztliche Funktionen in der Akutmedizin und in nicht akutmedizinischen Situationen.

Der Status quo in der Ausbildung – eine Bestandsaufnahme

Diskussionsbeiträge aus dem Werkstattgespräch

— Der Vorrang bei der Vermittlung naturwissenschaftlicher Grundlagenkenntnisse im Studium und die Vernachlässigung der psychosomatischen Dimension von Krankheiten bringt die Gefahr mit sich, dass Medizinstudenten das Zuhören regelrecht verlernen.

„In der medizinischen Ausbildung steht die Wissensvermittlung im Vordergrund, die Kompe-

tenzvermittlung ist bereits nachgeordnet und damit die Einübung einer professionellen Haltung.“
(Prof. Dr. Schwantes)

„In München an der LMU machen wir im Bereich medizinische Psychologie zwar vieles von dem, was Prof. Schwantes vom Reformstudiengang an der Berliner Charité macht, aber das ist kein praktisches Training in professioneller Kommunikati-

onskompetenz, es fehlt die systematische Anleitung und Evaluation.“ (Prof. Dr. Rentschler)

„Wenn hier das Thema ‚Kommunikation‘ auf der Tagesordnung steht – was ich außerordentlich begrüße –, dann sollte es auch darum gehen, was da kommuniziert wird. Wir betreiben heute wissenschaftliche Exzellenzclusterbildung, ohne uns Gedanken darüber zu machen, aus welcher Grundüberzeugung heraus das geschehen soll. Wir sollten auch über das Menschliche sprechen. (...) Es gibt ja jetzt diesen Längsschnittkurs ‚Arzt-Patienten-Kommunikation‘ nach der neuen Approbationsordnung. Nur fragen Sie mal an einer Fakultät, wie die Hochschullehrer in der Medizin die Bedeutung dieses Faches gegenüber Molekularbiologie etc. einschätzen ...“

(Prof. Dr. Rentschler)

„Zu Beginn des Studiums sind die Studenten aufgeschlossen für die kommunikativen Fragen, sie wollen den direkten Kontakt mit den Patienten. Sie wollen die Patienten sehen, wollen mit ihnen reden. Was machen wir [Hochschullehrer]? Wir stellen sie an die Leichen. Da kann man nicht mehr reden, da darf man auch gar nicht mehr reden, es riecht nach Formalin. Dennoch wird das Bewusstsein für die Relevanz direkter Kommunikation nicht ganz verschüttet. Einer Studie von Brähler und Alfermann zufolge nehmen Studenten die Defizite in der Ausbildung jedoch wahr.“ (Prof. Dr. Schwantes)

„Im Studium findet eine systematische Desensibilisierung für die Kommunikationskompetenz Zuhören statt, wenn Kommunikation nicht von Anfang an unterrichtet wird.“

(Dr. Lalouschek)

„Zum Problem der Aliteracy einer nicht ungebildeten Bevölkerungsschicht: Zuhören und Sprechen sind – wie die Ergebnisse der Hirnforschung

zeigen – eine Art von Handeln. Die aktive Einübung wird durch (passiven) Medienkonsum weitgehend unterdrückt. Die ganze Medizinausbildung findet heute – nicht unähnlich zum passiven Medienkonsum – als rein passive Instruktion statt.“ (Prof. Dr. Rentschler)

„Zuhören ist lehr- und lernbar und eine geschulte Kommunikationsfähigkeit gehört für uns wirklich zur Professionalität. Kein Mensch würde am Anfang des Medizinstudiums auf die Idee kommen zu sagen, ‚Wir schauen mal, ob jemand mit Biochemie umgehen kann, und wenn es nicht sein Ding ist, lassen wir sie einfach beiseite.‘ Ein Banklehrling wird auch nicht gefragt, ob er Talent für Kommunikation hat, sondern schlicht auf Kurse geschickt, und geht er da nicht hin, dann wird er eben kein Bankkaufmann, so einfach ist das. [...] Unser Ziel ist ein weiterbildungsfähiger Arzt, wie es in Paragraph 1 der Approbationsordnung festgelegt ist.“ (Prof. Dr. Schwantes)

„Sicherlich muss zuhören und sprechen geübt werden, deswegen muss es [bereits] in der Ausbildung gelernt werden.“

(Dr. Kerscher)

„Den wichtigsten Beitrag müssten die Universitäten leisten. Die Studenten werden heute als fertige Ärzte von den Hochschulen entlassen, ohne dass sie die Wichtigkeit der Kommunikation mit dem Patienten erfahren, ohne dass sie Gesprächstechniken, vor allem bei lebensbedrohenden Diagnosen, erlernen und ohne dass sie eine Vorstellung davon haben, welche verheerenden psychischen Folgen Stummheit oder unbedacht hingeworfene Worte bei Patienten auslösen können.“ (Dr. Koch)

„Wir haben in Deutschland keine ausgeprägte Fehlerkultur. Es gibt ganz wenige Kollegen, die

sich hinstellen und sagen: ‚Hier ist mir etwas passiert‘ und sich mit Kollegen darüber unterhalten. Die Medizin wird ja nicht so gelernt, dass man immer alles selbst erlebt haben muss. Es reicht ja schon, wenn ich höre, wie es einem anderen gegangen ist. Deswegen hebe ich so auf eine Kommunikation innerhalb der Ärzteschaft ab. Das ist aber bei uns enorm schwierig, weil natürlich immer die Sorge dahinter steht, wenn man einen Fehler öffentlich kommuniziert, dass man vielleicht irgendwie triftige karrieremäßige Nachteile haben könnte.“ (Prof. Dr. Fießl)

Forderungen an die ärztliche Ausbildung

Angesichts der Bedeutung einer frühzeitigen und regelmäßigen Zuhörschulung waren sich alle anwesenden Experten einig über die Notwendigkeit, dem Zuhören als professioneller Kompetenz in der Ausbildung einen angemessenen Stellenwert zu verleihen. Eine scheinbare Selbstverständlichkeit wie Zuhörkompetenz in deutschen Arztpraxen und Kliniken darf nicht länger als solche betrachtet werden. Solange die Reformstudiengänge mit ihrem wegweisenden Angebot zur Förderung der Zuhörfähigkeit und der Verbesserung der Arzt-Patienten-Kommunikation allein bleiben – auch darüber bestand Einigkeit –, ist die Wende hin zur zuhörfreundlichen Arztpraxis nicht möglich. Ärztliches Zuhören ist eine komplexe Anforderung, auf die alle Ärzte vorbereitet werden müssen. Entsprechende Trainingsmodule sind hierfür zu entwickeln und in Zusammenarbeit mit Institutionen der ärztlichen Selbstverwaltung anzubieten. Erster Schritt auf diesem Weg ist die Sensibilisierung der Entscheider in Politik und Medizin.

„Die Auswahl künftiger Mediziner sollte nicht nur nach Noten erfolgen.“ (Dr. Fick)

Eine Frühförderung im Zuhören wäre etwas Neues und auch für die Medizin wichtig. Die Zuhörfähigkeit müsste zu einem Auswahlverfahren bei der Zulassung zum Medizinstudium gemacht werden. Freilich müssten auch die Auswählenden diese Kompetenz nachweisen.“ (Dr. Fick)

„Seitens des Ministeriums würden wir uns sehr stark machen, angesichts der Überfrachtung des Medizinstudiums vorhandene Kurse an den Universitäten zu nutzen, um Gesprächstechniken zu vertiefen.“ (Dr. Caselmann)

„Wir brauchen verpflichtende Grundkurse zur Anamneseerhebung! Außerdem sollte die Frühpädagogik es als ihre Aufgabe betrachten, die Zuhörfähigkeit frühzeitig zu fördern. Man muss auch in die Kindergärten gehen, wo sehr stark das Visuelle trainiert wird ...“ (Dr. Caselmann)

Zuhörförderung in der ärztlichen Weiterbildung

Der geringe Stellenwert des Zuhörens in der Medizinerausbildung und die Verkennung dieser ärztlichen Grundkompetenz gehen einher mit einer einseitig technikorientierten Kompetenzvermittlung im Studium. Das Werkstattgespräch zeigte jedoch, wie im Bereich der Ausbildung – wenngleich nicht ohne noch zu leistende massive Überzeugungsarbeit – über die Gestaltung von Curricula Abhilfe geschaffen werden kann. Zugleich wurde festgehalten, dass bereits praktizierende Ärzte weitgehend auf sich allein gestellt sind, wenn es darum geht, die eigene Kommunikationskompetenz zu schulen. Dabei würden viele Ärzte hierbei Hilfe von außen gerne annehmen, wie die Pilotstudie der Stiftung Zuhören belegt⁶.

⁶Vgl. hierzu die Darstellung der Ergebnisse von Christiane Hemmer-Schanze im Anhang, S. 41

Zusatzqualifizierungen in Homöopathie und anderen Bereichen werden von Ärzten mitunter aufgrund einer erhofften Stärkung der eigenen kommunikativen Kompetenzen erworben. Deshalb ist das gemeinschaftliche Engagement gesellschaftlicher Gruppen (insbesondere von Stiftungen, Bildungsträgern und Ärztekammern) in der Weiterbildung in Sachen „Zuhörtraining für Ärzte“ in besonderem Maße gefordert.

Der Status quo in der Weiterbildung – Eine Bestandsaufnahme

„Es gibt mehrere Generationen, die nicht zuhören können und die sollten auch bedient werden.“ (Prof. Dr. Fritze)

„Die müssen wir schulen!“ (Dr. Kampmann)

„Ja. Trainieren! Trainieren!“ (Prof. Dr. Fritze)

„Wir bieten mitunter bereits Fortbildungen für praktizierende Ärzte an. Für die Teilnehmer führt dies zu spürbarer Arbeitserleichterung!“

(Prof. Dr. Schwantes)

Abgesehen von Einzelfällen gibt es jedoch im Bereich der Weiterbildung kein explizites und systematisches Zuhörtraining. Die immer deutlicher werdende Tendenz zur Ökonomisierung des Arztberufs (wie sie sich auch gerade in den Aufnahme- stationen zeigt⁷) verringert den Freiraum von Ärzten zunehmend und damit auch eine aktive Gestaltung der eigenen Weiterbildung. Die vorgegebenen Pfade können hier kaum noch verlassen werden, etwa um sich durch Zuhörtraining dem Ausbau einer vernachlässigten ärztlichen Basiskompetenz zu widmen. Mit einer Reihe von Forderungen und Vorschlägen haben die Teilnehmer des Expertengesprächs daher nach Auswegen gesucht.

Forderungen an die ärztliche Weiterbildung und Vorschläge für eine Verbesserung des Weiterbildungsangebots

Breit angelegte Sensibilisierung

Ausschlaggebend für eine erfolgreiche Sensibilisierung der Entscheider in Politik und Medizin ist den Stellungnahmen der Experten zufolge, die ärztliche Zuhörfähigkeit als eine professionelle Kompetenz zu charakterisieren. Der Begriff „ärztliches Zuhören“ muss in diesem Zusammenhang an Kontur gewinnen und als Terminus zur Bezeichnung eines berufsspezifischen,

vom Arzt zu steuernden, kommunikativen Prozesses etabliert werden, der in Weiterbildungsmaßnahmen trainiert werden kann.

„Flankierend zur Entwicklung eines Fortbildungsangebots für Ärzte sollte der Stellenwert des Zuhörens als professionelle Basiskompetenz herausgehoben werden, um für die Bedeutung der Zuhörförderung zu sensibilisieren.“

⁷Auf dem Werkstattgespräch wurde die Option, zuhörgeschulte Kolleginnen und Kollegen gezielt in Aufnahme- stationen von Krankenhäusern einzusetzen, um deren Erfahrungswissen zu nutzen, ambivalent bewertet. Eine Chance sei es, wenn dies im Sinne des Wohls des Patienten, eine Gefahr, wenn es im Zusammenhang eines immer stärker werdenden Ökonomisierungstrends geschieht.

Meine Frage an Sie alle: Würde es sich nicht lohnen, da einen gemeinsamen Vorstoß zu machen? Mir schwebt gerade so ein Buchtitel vor: ‚Zuhören als professionelle Grundkompetenz – Medizin, Bildung, Wirtschaft‘. Die drei großen Bereiche noch mal unterteilt in drei Unterbereiche: ‚Warum ist das wichtig?‘, ‚Was hindert daran?‘, ‚Was gelingt?‘ Dann könnte man von den durchaus vorhandenen Einsichten und Erfolgen innerhalb der einzelnen Fachbereiche profitieren und sich gegenseitig befruchten – über die Fachgrenzen hinausgehend. Ein Verlag dafür findet sich!“ (Prof. Dr. Kahlert)

„Wir brauchen ein interdisziplinäres Forum der Scientific-Community, das eine Umbewertung der Bedeutung des Zuhörens vorantreibt. Derjenige, der zuhört, tut nicht nichts. Hierfür sind nicht nur die Kosten zu erfassen, die durch schlechtes Zuhören entstehen, sondern gemeinsame Anliegen zu formulieren und an Beispielen aus der Wissenschaft und dem gesellschaftlichen, kulturellen, wirtschaftlichen Leben zu belegen und dann spezifische Zuhörbedürfnisse in den verschiedenen Bereichen zu definieren.“ (Dr. Imhof)

„Aus ökonomischer Sicht wäre das Problem ganz einfach zu lösen, dass Ärzte unbefriedigt sind, weil sie zu wenig Zeit haben zum Zuhören, und Patienten, weil man sich verbal zu wenig um sie kümmert: Erstens bräuchte es eine adäquate Selbstbeteiligung für jeden Arztbesuch. Zweitens sollte sich die Arzthonorierung nach dem Patientenfeedback, der Patientenzufriedenheit, richten. Was glauben Sie, wie schnell Ärzte dann auch kommunikatorisch ihre Patienten betreuen würden.“

(Prof. Dr. Willich)

„Was wir seitens des Ministeriums noch tun können? Viele Ärzte kommen zu uns und sagen, sie würden ja gerne mehr in Richtung Sprechende Medizin gehen, wenn sie nur könnten. Doch da gibt es die DRGs⁸, die neuen Fallpauschalen, die Disease-Management-Programme, unseren Anspruch an eine Qualitätskontrolle, der mit erheblichen Dokumentationspflichten einhergeht. All dem können sie nur Rechnung tragen, wenn sie auf anderer Seite – und das ist die Sprechende Medizin, die natürlich nicht so gut honoriert wird – Abstriche leisten. Deshalb kann ich hier nur einbringen: Unser Haus – und das ist ein Ziel unseres Ministers Dr. Schnappauf – versucht, der Entbürokratisierung des Arztberufes – gemeinsam übrigens mit der Ärztekammer – so weit wie möglich Hilfestellung zu leisten.“ (Dr. Caselmann)

„Die Medien sollten den ‚Gesundheitsfaktor Zuhören‘ als Thema ins Bewusstsein der Öffentlichkeit transportieren!“ (Prof. Dr. Ring)

Fortbildungsangebot „Zuhörtraining“ für Ärzte notwendig

Die Entwicklung von Trainingsmodulen für ärztliches Zuhören wurde von der Expertenrunde unisono gefordert. Eine Nachfrage des Angebots wurde als gesichert betrachtet. Mögliche Ansatzpunkte bei der Entwicklung der Module und nötige Erfordernisse erfolgreicher Zuhörtrainings wurden angesprochen:

„Wir haben gerade jetzt in letzter Zeit mehrere Anfragen von Ärztekammern auch an uns für Kommunikationstrainings in Fortbildungen; ich habe das Gefühl, da tut sich was!“

(Dr. Kampmann)

⁸A.d.R.: Diagnosis Related Groups (kurz DRG, deutsch diagnosebezogene Fallgruppen) bezeichnen ein ökonomisch-medizinisches Klassifikationssystem, bei dem Patienten anhand ihrer Diagnosen und der durchgeführten Behandlungen in Fallgruppen klassifiziert werden, die nach dem für die Behandlung erforderlichen ökonomischen Aufwand unterteilt und bewertet sind.

„Zuhören lernen Kinder nicht, wenn man im Auto Kassetten anmacht, sondern es bedarf der expliziten Instruktion. Das sollten die Evaluationsstudien von Prof. Schwantes belegen. Wenn wir Zuhören von selbst lernen würden, wären wir ja alle vielleicht schon Spezialisten für klassische Musik, mit der wir ja alle immer in den Kaufhäusern zugeballert werden. Das Zuhören wird auch in der Bildungsforschung als Selbstverständlichkeit übergangen, dabei besteht großer Forschungsbedarf, welche Inhalte in praktischen Zuhörkursen vermittelt werden müssten. Anregungen können aus Forschungsprogrammen zum Thema ‚Experten- und Laienkommunikation‘ gewonnen werden. Ziel ist es, spezifische Trainingskonzepte für Mediziner, Psychologen und Lehrer auszuarbeiten, die auch die unterschiedlichen Kompetenzen der Gesprächspartner berücksichtigen. Kommunikationstraining und Zuhörtraining erfordern eine interdisziplinäre wissenschaftliche Grundlage, denn durch einen offenen Mund ist noch nie neue Information in einen Kopf reingegangen.“

(Dr. Imhof)

Ein Fortbildungsangebot zur Zuhörförderung bei Ärzten müsste – so das Plädoyer von Prof. Fritze – die Ärzte aktiv und regelmäßig mit einbeziehen. Eine Art Hörclub für Mediziner?

„Unter Federführung der Ärztekammern sollte unter Ärzten, und ich sage das besonders mit Blick auf solche, die bereits seit Jahren in der Praxis sind, ein regelmäßiger Austausch über Patienten etabliert werden, bei dem sie den Kollegen Fälle vorstellen und diskutieren. Denn sehr viele Ärzte sind absolute Einzelkämpfer. Dieser Austausch ist als begleitende Fortbildung mit CME-Punkte-Erwerb zu konzipieren. Das wäre sicher so sinnvoll wie das Lesen eines Fortbildungsartikels und das Ausfüllen eines Fragebo-

gens und sehr viel lehrreicher, als sich bei einer Fortbildung einen Frontalvortrag anzuhören. Aus meiner Erfahrung lernt man sehr viel mehr, wenn man gezwungen wird, zum Beispiel einen Fall, den man selbst erlebt hat, anderen Kollegen zu vermitteln. Allein die Tatsache, dass ich anderen etwas vermitteln und darüber sprechen muss, ist ungeheuer bildend. Aber man muss auch sehen, dass man keinen dazu zwingen kann, etwa durch eine Kürzung der Abrechnung um fünf Prozent, wenngleich es diesen Ansatz zum Beispiel ja schon bei der CME-Aktion am Horizont gibt, um eine gewisse Verbindlichkeit zu erreichen.“

(Prof. Dr. Fritze)

„Die Balintgruppen sind eine sehr schöne Möglichkeit, eine Kommunikationskultur zu erleben. Allerdings sind sie zu entpsychiatrarisieren und zu entpsychologisieren! Aufgrund ihrer Struktur ist man gezwungen, fünf, sechs Kollegen wirklich zuzuhören, die sich Gedanken machen, die ihre Gefühle und Gedanken präsentieren und das dann entsprechend zu kommentieren. Das hilft beim Perspektivenwechsel und ermöglicht unter Umständen auch eine Verbesserung der Qualität von Therapie. Mittlerweile sind Balintgruppen als Fortbildung anerkannt und jeder Vertragsarzt ist ja jetzt gegenüber den Krankenversicherungen verpflichtet, bis 2009 zweihundertfünfzig Fortbildungspunkte nachzuweisen. In diesem Zusammenhang ist es sehr wichtig, Werbung für die Balintgruppen zu machen!“

(Dr. Schlesiger)

„Die Akademien der ärztlichen Fort- und Weiterbildung sollten sich – unterstützt von der Stiftung Zuhören, den Medien und anderen – für die Einrichtung kommunikativer Corps stark machen. Und dafür gibt es dann auch CME-Punkte; das ist überhaupt nicht das große Problem, aber man muss es einfach auch mal sagen. Ärzte profitieren davon! In der Regel ist es sogar so, dass Kurse, die

mehr Eigenaktivität beinhalten, auch höher bewertet werden. Also man kann in einem Nachmittagskommunikationskurs sechs Punkte kriegen, wo man sonst nur drei bekommt. Das ist doch in unserem Sinne, denke ich.“

(Prof. Dr. Schwantes)

„Was man sehen muss bei dieser Geschichte und auch bei allen anderen Sachen in der Universität oder wo auch immer: In dem Augenblick, wo man etwas Neues einrichtet, hat man zunächst

mit Anschubenergie zu rechnen. Und wenn ich rechnen sage, meine ich durchaus auch Kosten. Das ist auch in der Universität so. Am Anfang läuft etwas nebeneinander her. Das Alte wird nicht aufgegeben, aber das Neue läuft schon. Das sieht zunächst mal so aus wie Doppelkosten. Und bis sich dann eingenistet hat, dass man tatsächlich einen Profit davon hat, vergeht eine gewisse Zeit. Ich würde Sie bitten, sich dafür einzusetzen, dass Leute den Mut haben, diese Investitionen zu leisten.“ (Prof. Dr. Schwantes)

4. Anregungen – Lösungsansätze – Ausblicke

— Die Ergebnisse der Pilotstudie zum Stellenwert des Zuhörens in der Arzt-Patienten-Kommunikation, die Vorträge und Diskussionsbeiträge der am Werkstattgespräch „Gesundheitsfaktor Zuhören“ beteiligten Experten machen den Handlungsbedarf vor allem in vier Bereichen deutlich:

- in der medizinischen Aus-, Fort- und Weiterbildung;
- in der Gestaltung ökonomisch-organisatorischer Rahmenbedingungen (Vergütungssystem, steigende quantifizierbare Leistungen, Zeitaufwand für Dokumentation und Bürokratie);
- in der Forschung (zum Beispiel Gesundheitsökonomie) und
- in der öffentlichkeitswirksamen Sensibilisierung bei Medizinern, Patienten und Entscheidungsträgern.

Die Stiftung Zuhören möchte die vielfältigen Anregungen und vorgetragenen Lö-

sungsansätze der Experten aufgreifen und mit den engagierten Partnern an der Verbesserung der Kommunikationskompetenz und des Zuhörverhaltens von Arzt und Patient arbeiten.

Funktionierende und erprobte Lösungsansätze sollten in die Curricula der medizinischen Fakultäten Eingang finden. Die Einübung der ärztlichen Gesprächsführung sollte obligatorischer Bestandteil des Medizinstudiums werden. Für die Fort- und Weiterbildung gilt es, in Zusammenarbeit mit Ärztekammern und Akademien praxisnahe Fortbildungsmodule für professionelles, ärztliches Zuhören zu entwickeln. Ärztinnen und Ärzten, die im Berufsleben stehen, sollten CME-zertifizierte Kurse angeboten werden.

Neben der Verbesserung und Professionalisierung der ärztlichen Gesprächskompetenz sind Veränderungen im Vergütungs-

system und in der zeitaufwendigen Verwaltungsarbeit notwendig. Die ökonomisch-organisatorischen Rahmenbedingungen erweisen sich vielfach als kontraproduktiv für das Arzt-Patienten-Gespräch. Eine Änderung des einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) und der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ), die die klinische Untersuchung und das ausführliche Gespräch zum Mittelpunkt der Arzt-Patienten-Beziehung macht und entsprechend honoriert, ist nicht nur effizienter für das Wohl der Patienten, sondern langfristig auch kostensparend. Trotz einiger Bemühungen in den Vergütungssystemen sind technische Leistungen im Vergleich zu Gespräch und Gesamtmanagement der Erkrankung eines Patienten nach wie vor finanziell höher be-

wertet. In der Verbesserung der Kommunikation zwischen Arzt und Patient vermuten GesundheitsökonomInnen noch erhebliche „Kosten-Nutzen-Potenziale“.

Um Mediziner, Patienten und Entscheidungsträger aus Hochschulen, Gesundheitssystem und Politik für den Gesundheitsfaktor Zuhören zu sensibilisieren, möchte die Stiftung Zuhören noch mehr Partner gewinnen für öffentlichkeitswirksame Maßnahmen (Publikationen, Tagungen) und für die Entwicklung von Instrumenten, die möglichst weite Teile der Bevölkerung auf die hohe Bedeutung des Gesundheitsfaktors Zuhören für Prävention und Heilung aufmerksam macht (Kampagnen in Fach- und Publikumsmedien, Bereitstellung von Informationsbroschüren und anderes mehr).

Eine Ärztebefragung zum Zuhörverhalten. Ergebnisse aus der Pilotstudie

Von Christiane Hemmer-Schanze

— Es gibt mittlerweile zahlreiche Untersuchungsergebnisse, die belegen, für wie wichtig insbesondere von den Patienten das Zuhören in der Arzt-Patienten-Kommunikation angesehen wird. Gleichzeitig werden in diesen Untersuchungen eine Reihe von Defiziten aufseiten der Ärzte genannt. In einer Untersuchung von medizinischen Fehlern in der hausärztlichen Behandlung wurde zum Beispiel auch festgestellt, dass mehr als 23 Prozent der Fälle allein darauf zurückzuführen waren, dass Fehler in der Arzt-Patienten-Kommunikation stattgefunden hatten. Insofern ist die Dringlichkeit, sich mit diesem Thema zu befassen, offensichtlich. Was bislang nicht vorlag, sind Befragungen von Ärzten, die untersuchen, wie die Ärzte selbst dieses Thema einschätzen, welchen Stellenwert sie ihm einräumen und welchen Handlungsbedarf sie hierzu sehen. In einer von der Stiftung Zuhören und der Fachzeitschrift MMW-Fortschritte der Medizin durchgeführten Pilotstudie zum Thema „Stellenwert des Zuhörens in der Arzt-Patienten-Kommunikation“, an der sich 171 Ärztinnen und Ärzte beteiligten, sollte diesen Fragen nachgegangen werden.

Eine zentrale Fragestellung der vorliegenden Untersuchung lautete: Welchen Stellenwert räumen Ärzte der Arzt-Pati-

enten-Kommunikation ein, und sind Ärzte der Meinung, dass diesem Thema derzeit angemessene Beachtung geschenkt wird? Außerdem interessierte uns, wie die Ärzte ihre eigenen kommunikativen Kompetenzen erworben haben, ob in der Ausbildung, in der klinischen Praxis oder auf anderem Wege. Dann beschäftigte uns die Frage, was für die Ärzte die wesentlichen Aspekte in der Arzt-Patienten-Kommunikation sind und für wie kompetent sie sich selbst in Bezug auf diese von ihnen als wesentlich benannten Aspekte einschätzen. Des Weiteren fragten wir die Ärzte, welche Hindernisse ihrer Einschätzung nach einem gekonnten Zuhören in der Arzt-Patienten-Kommunikation im Wege stehen. Zum Abschluss wollten wir noch wissen, wie oft es vorkommt, dass aufgrund von Zeitdruck ein Patientengespräch früher abgekürzt werden muss, als das ohne Zeitdruck der Fall wäre.

Vorgehensweise der Pilotstudie

Der Fragebogen wurde der Zeitschrift MMW-Fortschritte der Medizin⁹ beigelegt und sollte dann ausgefüllt zurückgefaxt werden. Es haben sich insgesamt 171 Ärzte an der Befragung beteiligt, in etwa gleich viele Männer wie Frauen (86 Männer; 85 Frauen)¹⁰. Von den Altersgruppen her lag

⁹Ausgabe 13/2005

¹⁰Aufgrund der Freiwilligkeit der Befragung und der relativ kleinen Stichprobe kann selbstverständlich nicht von einer Repräsentativität der Ergebnisse im statistischen Sinne ausgegangen werden. Die Untersuchung ist vielmehr als eine erste Pilotstudie aufzufassen. Es wäre wünschenswert, wenn weitere, repräsentative Untersuchungen zu diesem Themenkreis folgen könnten.

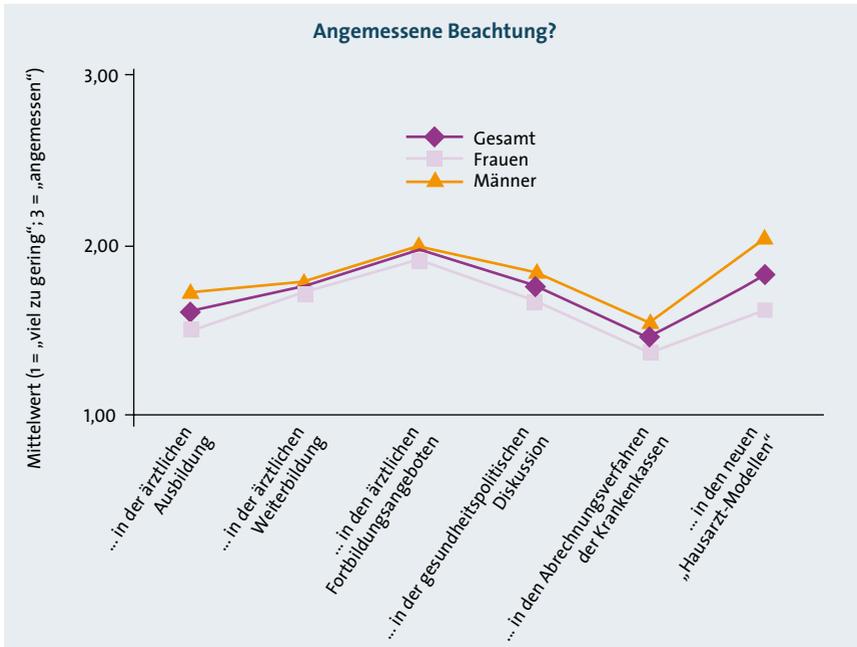


Abb. 1 Beachtung der Arzt-Patienten-Kommunikation in einzelnen Bereichen (N = 171).

der Schwerpunkt eindeutig bei den 40 bis 49- und den 50 bis 59-Jährigen, die zusammen drei Viertel der Befragten ausmachten. Knapp 90 Prozent der Befragten waren bereits über zehn Jahre im Beruf tätig, verfügten also schon über einige Berufserfahrung, 93 Prozent auch in einer eigenen Praxis. Ein Viertel der Befragten hatte eine Zusatzqualifikation erworben im Bereich Psychotherapie, Naturheilverfahren oder Homöopathie¹¹.

Was die Verteilung nach Bundesländern betrifft, so liegt der Anteil der Befragten aus Bayern (26%) an der Spitze vor Rheinland-Pfalz (17%), Nordrhein-Westfalen (13%) und Niedersachsen (12%). Verglichen mit

der Verteilung der MMW-Leserschaft nach Bundesländern sind die „neuen Bundesländer“ mit einem Anteil von 9% der Befragten bei einem Leseranteil von 18% etwas unterrepräsentiert.

Wie wird Arzt-Patienten-Kommunikation erlernt?

In einer ersten Eingangsfrage wollten wir von den Ärztinnen und Ärzten wissen, für wie bedeutsam sie in ihrem Fachgebiet die Qualität der Kommunikation zwischen Arzt und Patient für eine erfolgreiche Behandlung halten. Rund fünf Sechstel der Befragten (85%) kreuzten hier auf einer siebenstufigen Skala von „sehr bedeutsam“ (= 7) bis „nicht

¹¹Wir haben diese Fortbildungen als eine Kategorie zusammengefasst, da sie alle eine Art Zusatzqualifikation in Bezug auf die Arzt-Patient-Kommunikation beinhalten.

bedeutsam“ (= 1) die Zahl 7 an, weitere 11% die 6. Als Nächstes wurden die Ärzte gefragt, ob sie den Eindruck haben, „dass das Thema ‚Arzt-Patienten-Kommunikation‘ momentan eine angemessene Beachtung findet?“. Zur Auswahl standen verschiedene Bereiche sowie die Bewertung auf einer fünfstufigen Skala von „viel zu gering“ (= 1) über „angemessen“ (= 3) bis „viel zu hoch“ (= 5).

Sämtliche Mittelwerte der verschiedenen Bereiche lagen zwischen den Ausprägungen „zu gering“ (= 2) und „viel zu gering“ (= 1). Den niedrigsten Wert erreichte der Bereich „... in den Abrechnungsverfahren der Krankenkassen“ (Mittelwert 1,46), gefolgt von „... in der ärztlichen Ausbildung“ (1,61) sowie „... in der ärztlichen Weiterbildung (Facharztausbildung)“ und „... in der gesundheitspolitischen Diskussion“ mit jeweils einem Mittelwert von 1,75. Die Bereiche „... in den neuen ‚Hausarzt-Modellen‘“ (Mittelwert 1,83) und „... in den ärztlichen Fortbildungsangeboten“ (Mittelwert 2,00) schneiden relativ gesehen noch am besten ab.

Wie aus Abb. 1 ersichtlich, sehen die weiblichen Befragten die Situation durchwegs etwas kritischer als ihre männlichen Kollegen. Am deutlichsten wird dies bei den Bereichen „... in den neuen Hausarzt-Modellen“ (Mittelwert Frauen: 1,62; Männer: 2,05) und „... in der ärztlichen Ausbildung“ (Mittelwert Frauen: 1,49; Männer: 1,72). Eine Differenzierung nach dem Zeitraum, in dem das Studium abgeschlossen wurde, zeigt, dass diejenigen der Befragten, die ihr Studium erst kürzlich abgeschlossen haben, deutlich zufriedener mit der Beachtung des Themas in der Ausbildung sind als diejenigen, die dies in den Jahren vor 1996 taten, wobei die Zufriedenheit dann wieder tendenziell zunimmt:

Auf die Frage „Welchen Stellenwert nahm die Thematik ‚Arzt-Patienten-Kommunikation‘ in Ihrem eigenen Medizinstudium ein?“ antwortete ein gutes Viertel der Befragten (29%) mit „gar keinen“, über die Hälfte (53%) mit „gering“ und weitere 11% mit „mittelmäßig“. Bei lediglich 6% wird der Stellenwert dieser Thematik im Studium als „hoch“ eingestuft und bei 1% als „sehr hoch“. Differenziert man diese Ergebnisse danach, in welchem Zeitraum das Studium abgeschlossen wurde, so ist hier keine eindeutige Tendenz erkennbar.

67% der Befragten gaben an, zu diesem Themenkreis an einer Fortbildungsveranstaltung teilgenommen zu haben, 60% nahmen bereits an einer Supervision und/oder einer Balintgruppe teil. Darüber hinaus nannten 26% der Befragten sonstige berufliche Fort- und Weiterbildungsangebote, an denen sie zum Thema „Arzt-Patienten-Kommunikation“ teilgenommen hatten (z.B. Psychotherapieausbildung, Fortbildung Psychoanalyse, NLP-Ausbildung, Rhetorikkurs, Selbststudium).

Schließlich wollten wir wissen, „welche drei Faktoren rückblickend für den Erwerb Ihrer kommunikativen Kompetenzen im Arzt-Patienten-Gespräch am wichtigsten“ waren. „Medizinische Lehrbücher“ (10%) und „universitäre Ausbildung“ (12%) hatten nach Meinung der Ärztinnen und Ärzte am wenigsten Anteil an ihren kommunikativen Kompetenzen. Am höchsten rangierten hier die „eigene Erfahrung in der ärztlichen Praxis“ (81%) und die „Anleitung von KollegInnen“ (51%) vor „Supervision, Balintgruppe“ (44%), „Fortbildungsveranstaltungen, Seminare“ (40%) und „sonstiger Fachliteratur zum Thema“ (21%).

Über ein Viertel der Befragten (28%) kreuzte als einen der drei wichtigsten Fak-

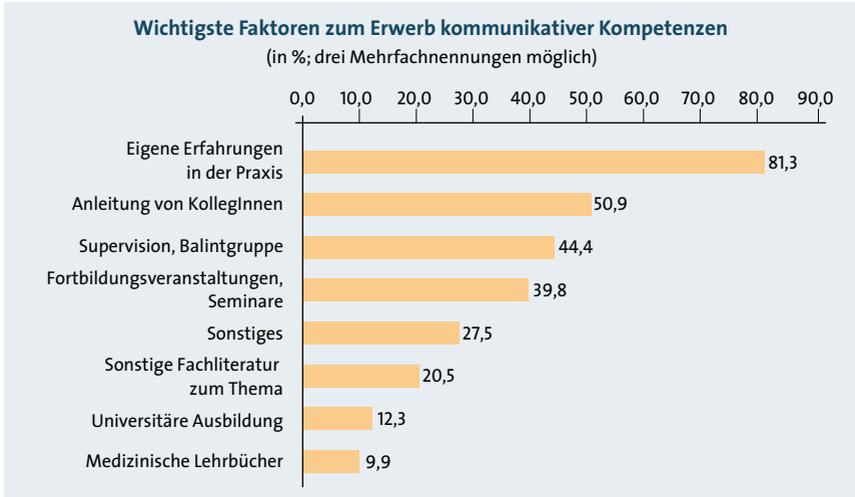


Abb. 2 Die wichtigsten Faktoren beim Erwerb kommunikativer Kompetenzen im Arzt-Patienten-Gespräche

toren die Kategorie „Sonstiges“ an. Unter den Erläuterungen fanden sich hier neben unterschiedlichsten Faktoren aus dem privaten Bereich (wie z. B. „persönliche Entwicklung“, „Selbsttraining“, „Ehefrau“, „Alltagsleben“, „Gruppentherapie“ und „WG-Erfahrung“) mehrere Nennungen, die sich auf ein vor dem Medizinstudium absolviertes anderes Studium (Pädagogik, Psychologie, Philosophie oder Musikstudium) bezogen, auf einen Auslandsaufenthalt während des Studiums (z. B. England) oder auf Berufserfahrungen als Krankenschwester bzw. Krankenpfleger. Ein Befragter nannte als einen der drei für ihn wichtigsten Faktoren: „eigene Erkrankung und Erfahrung mit Patientenrolle“.

Worauf kommt es in der Arzt-Patienten-Kommunikation vor allem an?

Im nächsten Fragenkomplex ging es um das Thema, welche kommunikativen Aspekte in der Arzt-Patient-Kommunikation als bedeutsam eingeschätzt werden und wo

diesbezüglich eigene Stärken bzw. Schwächen liegen. Außerdem fragten wir, ob es bestimmte Situationen gibt, in denen die ärztliche Kommunikation leichter oder schwerer fällt.

An der folgenden Abbildung (Abb. 3) lässt sich ablesen, welche Aspekte der Kommunikation im Umgang mit Patientinnen und Patienten von den Befragten als besonders wichtig eingeschätzt wurden und wie zufrieden sie jeweils mit den eigenen kommunikativen Kompetenzen auf diesen Gebieten sind.

Als wichtigsten kommunikativen Aspekt im Umgang mit Patientinnen und Patienten werteten die Befragten das „Zuhörverhalten“ (Mittelwert (M) = 4,73). An zweiter Stelle steht die „Gestaltung des Erstkontakts“ (M = 4,71), an dritter Position die „Verständlichkeit der Ausdrucksweise“ (M = 4,64). Bei den eigenen kommunikativen Kompetenzen steht die „Verständlichkeit der Ausdrucksweise“ an erster Stelle (M = 3,85), gefolgt

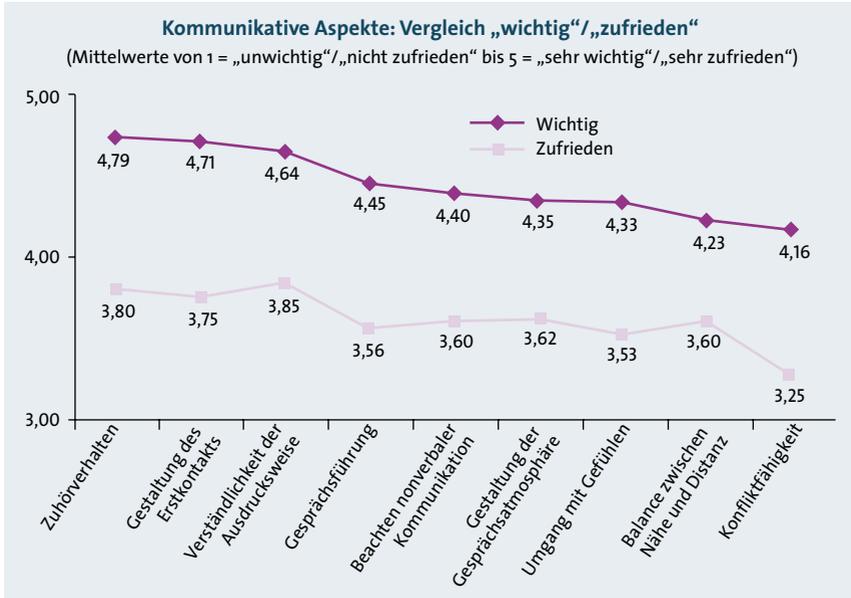


Abb. 3 Kommunikative Aspekte im Umgang mit PatientInnen: Vergleich zwischen den Wertungen „wichtig“ und „zufrieden“.

vom „Zuhörverhalten“ (M = 3,80) und der „Gestaltung des Erstkontakts“ (M = 3,75). Insofern entsprechen die drei als wichtigste eingeschätzten Aspekte in etwa den drei als am besten gekonnt eingeschätzten Aspekten der Arzt-Patienten-Kommunikation.

Insgesamt ist eine deutliche Diskrepanz zwischen „Soll“- und „Ist“-Werten erkennbar¹². Hier weisen die beiden als am wichtigsten eingeschätzten Aspekte „Gestaltung des Erstkontakts“ und „Zuhörverhalten“ mit einem Abstand von 0,96 bzw. 0,93 Punkten den größten Abstand zur eigenen Kompetenzeinschätzung auf. Dass der Aspekt „Konfliktfähigkeit“ mit einem Abstand

von 0,91 bei dieser Betrachtungsweise an dritter Stelle liegt, ist insofern von untergeordneter Bedeutung, als die „Konfliktfähigkeit“ von den Befragten als der am wenigsten wichtige kommunikative Aspekt bewertet wurde.

Als aufschlussreich erweist sich hier auch eine geschlechtsspezifische Auswertung der Daten.

Es fällt auf, dass Frauen im Durchschnitt einen etwas höheren Anspruch an die Qualität der Kommunikation im Umgang mit den Patientinnen und Patienten haben als Männer (= höhere „Soll“-Werte), auf der anderen Seite aber auch zufriedener mit ih-

¹²Die Diskrepanz zwischen „Soll“- und „Ist“-Werten darf allerdings nicht inhaltlich – etwa als Kompetenzdefizit – interpretiert werden, da bei den Wertungen „wichtig“/„sehr wichtig“ und „zufrieden“/„sehr zufrieden“ nicht von einem gleichen, in Zahlen ausdrückbaren Maßstab ausgegangen werden kann. Gleichwohl kann der unterschiedliche Abstand zwischen den einzelnen „Soll“- und „Ist“-Werten durchaus als aussagekräftig angesehen werden, da er die unterschiedliche relative Diskrepanz zwischen den verschiedenen kommunikativen Aspekten abbildet.

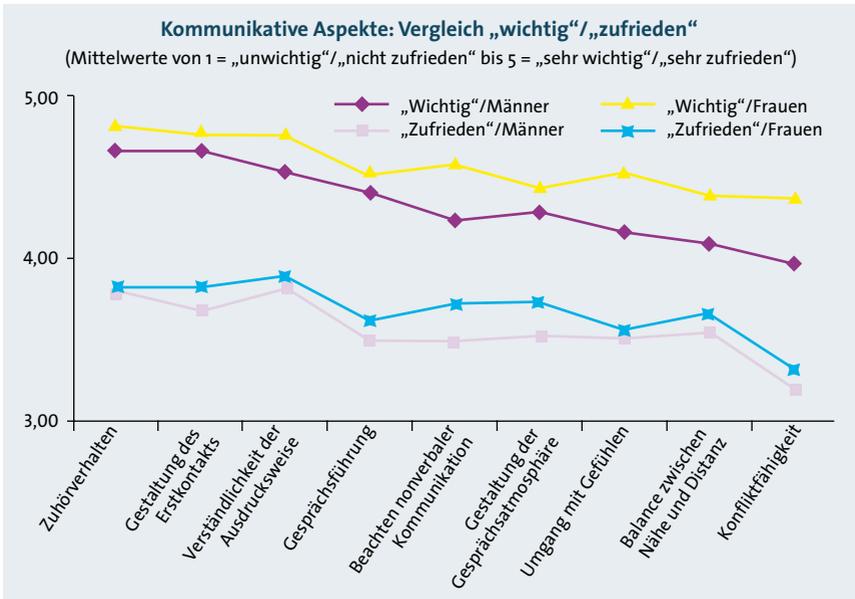


Abb. 4 Kommunikative Aspekte im Umgang mit PatientInnen (Differenzierung Männer/Frauen).

rer eigenen kommunikativen Kompetenz sind (= höhere „Ist“-Werte). Die Rangfolge bezüglich der Wichtigkeit einzelner Aspekte unterscheidet sich bei den drei wichtigsten Aspekten nicht, auf Rang 4 und 5 stehen jedoch bei den Männern die Aspekte „Gesprächsführung“ und „Gestaltung der Gesprächsatmosphäre“, während Frauen hier „Beachten nonverbaler Kommunikation“ und „Umgang mit Gefühlen“ stehen haben. Die Differenzen zwischen „Soll“- und „Ist“-Werten sind bei Männern und Frauen ebenfalls recht unterschiedlich verteilt: Während bei Männern die größten Differenzen zwischen den Werten für „Wichtigkeit“ und „eigene Kompetenz“ bei der „Gestaltung des Erstkontakts“ (Abstand = 0,98), der „Gesprächsführung“ (= 0,90) und dem „Zuhörverhalten“ (0,87) liegen, divergieren bei den Frauen insbesondere die Werte

beim Aspekt „Konfliktfähigkeit“ (1,05), „Zuhörverhalten“ (0,99) und „Umgang mit Gefühlen“ (0,97).

Auf die Frage, ob es bestimmte Situationen gibt, in denen ihnen die ärztliche Kommunikation leichter oder schwerer fällt, erhielt das „Anamnesegespräch“ mit einem Mittelwert von 1,52 den niedrigsten Wert - fällt also im Durchschnitt gesehen am leichtesten -, während „Gespräche mit aggressiv auftretenden Patienten“ mit einem Mittelwert von 3,53 den höchsten Wert bekamen - also im Durchschnitt gesehen am schwersten fallen. Eine Differenzierung der Ergebnisse nach Geschlecht ergibt hier keine nennenswerten Unterschiede. Die Unterscheidung nach Vorhandensein einer Zusatzqualifikation im Bereich Psychotherapie/Naturheilkunde/Homöopathie ergibt in fast allen Bereichen niedrigere

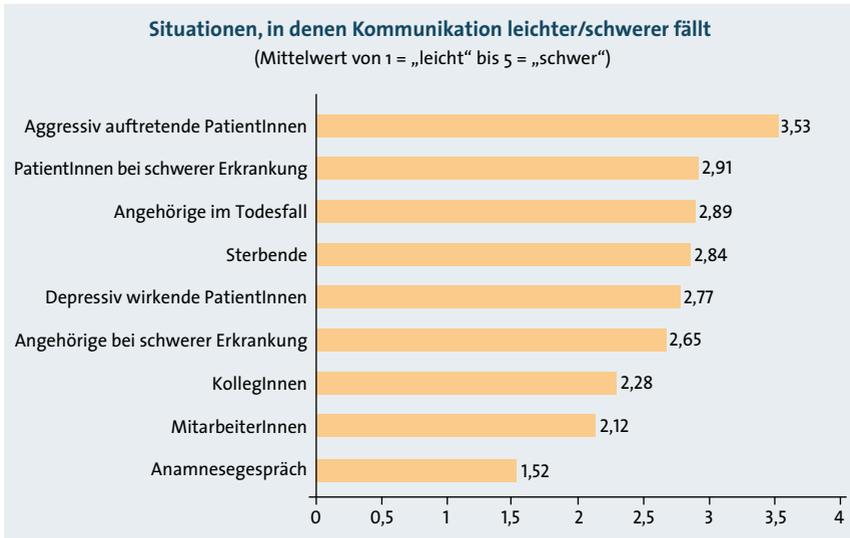


Abb. 5 Situationen, in denen ärztliche Kommunikation leichter/schwerer fällt.

Mittelwerte für Ärzte mit einer derartigen Qualifizierung. Insbesondere gilt dies bei „Patientengesprächen bei Diagnose schwerer Erkrankungen“, „Gesprächen mit Sterbenden“ und „Gesprächen mit Angehörigen bei schweren Erkrankungen“.

Welche Hindernisse stehen der gelungenen Arzt-Patienten-Kommunikation im Weg?

Als Nächstes fragten wir nach dem Stellenwert, den das „gekonnte Zuhören“ nach Einschätzung der Befragten in der Arzt-Patienten-Kommunikation hat. 75% der 171 Befragten schätzen den Stellenwert des „gekonnten Zuhörens“ als „sehr hoch“ ein, 23% als „hoch“ und 1% als „mittel“. Bei Frauen liegt der Anteil der „sehr hoch“-Antworten sogar bei 82% (Männer 69%). Ärzte mit einer Zusatzqualifikation im Bereich Psychotherapie/Naturheilkunde/Homöopathie halten ihn zu 86% für „sehr hoch“ (Ärzte ohne derartige Zusatzqualifi-

kation: 72%). Als interessant erweist sich hier auch ein Blick auf altersspezifische Unterschiede: In der Altersgruppe der 30- bis 39-jährigen ÄrztInnen (N = 17) halten lediglich 41% den Stellenwert des „gekonnten Zuhörens“ für „sehr hoch“, 47% für „hoch“ und 12% für „mittel“. Bereits die 40- bis 49-Jährigen (N = 63) sehen dies deutlich anders: Hier schätzen 83% den Stellenwert als „sehr hoch“ und die restlichen 18% allesamt als „hoch“. Bei den 60- bis 69-Jährigen (N = 26) sind es sogar 85%, die für „sehr hoch“ votierten, und die restlichen 15% für „hoch“. Es scheint also eine höhere Sensibilität für die Bedeutung des „gekonnten Zuhörens“ bei Frauen – bei Vorliegen zusätzlicher Qualifikationen in Bereichen, die der Arzt-Patienten-Kommunikation einen hohen Stellenwert einräumen und bei Ärzten im höherem Alter – und damit bei entsprechend größerer Lebens- und Berufserfahrung – vorzuliegen.

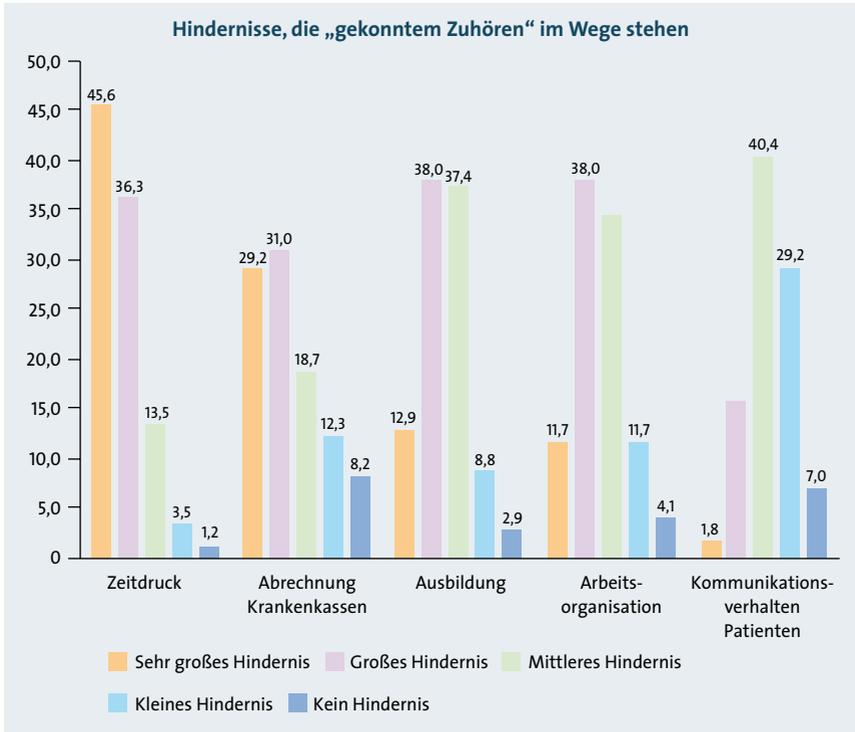


Abb. 6 Hindernisse, die im beruflichen Alltag dem „gekonnten Zuhören“ im Wege stehen.

Im Weiteren wollten wir von den Befragten wissen, „welche Hindernisse Ihrer Meinung nach im beruflichen Alltag dem gekonnten Zuhören in der Arzt-Patienten-Kommunikation am ehesten im Wege stehen?“ Zur Auswahl standen verschiedene Faktoren, die jeweils den Wertungen „kein Hindernis“ (= 1) bis „sehr großes Hindernis“ (= 5) zugeordnet werden sollten. Als größtes Hindernis wird allgemein der Faktor „Hohe Arbeitsbelastung/Zeitdruck“ angesehen: 46% werten dies als „sehr großes Hindernis“ und 36% als „großes Hindernis“ (Mittelwert 4,22). Die „Abrechnungsverfahren der Krankenkassen“

sehen 29% der Befragten als „sehr großes Hindernis“ und 31,0% als „großes Hindernis“ (M = 3,62). An dritter Stelle steht die „Fehlende Ausbildung der Ärzte in ‚Gesprächsführung‘“ (für 13% ein „sehr großes“ und für 38% ein „großes“ Hindernis; M = 3,49), gefolgt von den „Arbeitsorganisatorischen Rahmenbedingungen“ (für 12% ein „sehr großes“, für 38% ein „großes Hindernis; M = 3,41). Das „Kommunikationsverhalten der Patienten“ wird von nur 2% der Befragten als „sehr großes“ und von 16% als „großes Hindernis“ betrachtet und steht damit an letzter Stelle (M = 2,75).

Deutliche Unterschiede zeigen sich in der altersspezifischen Bewertung der Faktoren „Hohe Arbeitsbelastung/Zeitdruck“ und „Arbeitsorganisatorische Rahmenbedingungen“. Am leichtesten lässt sich dies an einem Vergleich der Mittelwerte ablesen: Während der Mittelwert für das Hindernis „Hohe Arbeitsbelastung/Zeitdruck“ bei den 30- bis 39-Jährigen bei 4,41 liegt, beträgt er bei den 50- bis 59-Jährigen 4,14 und bei den 60- bis 69-Jährigen 4,12. Der Mittelwert beim Hindernis „Arbeitsorganisatorische Rahmenbedingungen“ beträgt in der Altersgruppe der 30- bis 39-Jährigen 3,77, bei den 50- bis 59-Jährigen 3,35 und bei den 60- bis 69-Jährigen 3,04. Die Ärztinnen und Ärzte scheinen also mit zunehmendem Alter Strategien zu entwickeln, die es ihnen erlauben, trotz ihrer Arbeitsbelastung die für das Zuhören im Patientengespräch erforderliche Zeit zu finden.

Insgesamt 30 Befragte (18%) notierten noch weitere Hindernisse, die ihres Erachtens dem „gekonnten Zuhören“ im beruflichen Alltag des Arztes im Wege stehen. „Schlechte Abrechnungsmöglichkeit stört die Kommunikation selbst nicht“, meinte ein Befragter, im Hinblick auf Aspekte, die das Verhalten des Arztes selbst betreffen. Als Hindernisse genannt wurden hier z.B.

- ärztliche Arroganz,
- mangelnde Empathie,
- „Burn-out-Syndrom“,
- nicht können/wollen.

An zweiter Stelle standen Aspekte, die arbeitsorganisatorische Rahmenbedingungen und ökonomischen Druck betreffen, wie z.B.

- mangelnde Konzentration wegen ständigem „Multitaskings“,
- Zeitdruck,
- fehlender finanzieller Anreiz .

„Sprechende Medizin wird finanziell gnadenlos abgestraft“, so formulierte es ein Befragter prägnant. Ein anderer klagte: „EBM 2000plus: onkologische Therapieplanung 500 Punkte; Gastro: x-1000 Punkte!“

Auch Faktoren, die die Patienten betreffen, wurden als Hindernis genannt. Hier standen insbesondere die z.T. durch die Medien geschürte extrem hohe Erwartungshaltung und das Anspruchsdenken der Patienten im Vordergrund. Auch die „mangelnde Sprachkompetenz ausländischer Migrantenpatienten“ wurde von einem Befragten als Hindernis genannt.

Auf die Frage „Kommt es vor, dass Sie sich aufgrund von Zeitdruck im Patientengespräch kürzer fassen, als Sie dies ohne Zeitdruck tun würden?“ antworteten 14% der Befragten mit „sehr oft“, 46% mit „oft“, 30% mit „selten“, 10% mit „sehr selten“ und 1% mit „nie“. Frauen geraten im Patientengespräch offensichtlich weniger häufig unter Zeitdruck als ihre männlichen Kollegen. Die Befragten aus der Altersgruppe der 30- bis 39-Jährigen geraten mit 81% „sehr oft“- bzw. „oft“-Angaben am häufigsten unter Zeitdruck, während dieser Anteil bei den älteren Kollegen im Schnitt zwischen 55% und 60% liegt. Ärzte mit Zusatzqualifikation im Bereich Psychotherapie/Naturheilkunde/Homöopathie leiden wesentlich seltener unter Zeitdruck im Patientengespräch als ihre Kollegen, die keine derartige Zusatzqualifikation aufweisen. Ihnen stehen wohl z.T. auch bessere Abrechnungsmöglichkeiten für Patientengespräche zur Verfügung.

Bei genauerer Nachfrage, wie oft pro Tag „sehr oft“ bzw. „oft“ ist, stellte sich heraus, dass die begrifflichen Vorstellungen hier z.T. sehr unterschiedlich sind: So schwanken z.B. die Häufigkeiten pro Tag unter der

Rubrik „sehr oft“ von „2-mal pro Tag“ bis „50-mal pro Tag“. Im Durchschnitt betrug die so definierte Häufigkeit „12,3-mal pro Tag“¹³. Unter „oft“ verstanden einige Ärzte bereits „mehrmals pro Woche“ oder „1-mal pro Tag“, andere wiederum empfinden bis zu „20-mal pro Tag“ als „oft“. Im Durchschnitt lag hier die Häufigkeit bei „4,7-mal pro Tag“¹⁴.

Über drei Viertel der Befragten (77%) geraten mindestens einmal täglich unter solchen Zeitdruck, dass sie sich deswegen im Patientengespräch kürzer fassen, als sie dies ohne Zeitdruck tun würden. Bei knapp zwei Drittel der Befragten (63%) kommt dies mindestens 2-mal täglich vor und bei mehr als einem Drittel (37%) mindestens 4-mal täglich (siehe Tabelle 1).

Was sonst noch auf den Nägeln brennt ...

60 Befragte – also ein gutes Drittel – äußerten sich zu der offen gestellten Frage, welche weiteren, in dem Fragebogen noch nicht zur Sprache gekommenen Aspekte zu diesem Themenkreis sie für bedeutsam halten.

Der größte Anteil (23%) der insgesamt 69 Nennungen befasste sich mit dem Themenkreis der fachlichen Qualifikation der Ärzte in den Bereichen „Zuhören“ und „Arzt-Patienten-Kommunikation“. Ein Befragter beklagte zum Thema der „Arztausbildung“ noch einmal den offensichtlichen Mangel an fachlicher Qualifizierung und Unterstützung im Studium und zu Beginn der ärztlichen Tätigkeit. Viele Befragte forderten, eine geeignete fachliche Qualifizierung in die Arztausbildung zu integrieren. Einer schlug sogar vor, den Nachweis von kommunikativer Kompetenz als eine not-

wendige Voraussetzung für das Medizinstudium festzulegen. Zwei Befragte wiesen darauf hin, dass Kommunikationskompetenz auch Zeit sparen kann, dass sie aber geübt werden muss. Einige Befragte bezweifelten, ob und wenn ja, wie das Zuhören überhaupt erlernbar sei oder ob diese Fähigkeit nicht eher „angeboren“ ist bzw. in erster Linie mit Persönlichkeit, Lebenserfahrung und Biografie des Arztes zusammenhängt. Ein Arzt regte an, für Fortbildungen im Bereich Gesprächstraining anerkannte „Fobipunkte“ zu vergeben.

Anmerkungen, die ökonomische Aspekte betreffen, nahmen mit einem Anteil von 22% den zweiten Rang unter den Kategorien ein. Im Vordergrund stand hier das Abrechnungssystem der Krankenkassen bzw. der Kassenärztlichen Vereinigung, das Gespräche mit dem Patienten nicht angemessen honoriert. Ein Befragter wies darauf hin, dass es vor allem die Krankenkassenärztliche Vereinigung (KV) ist, die festlegt, welche ärztlichen Leistungen wie abgerechnet werden. Eine Befragte, die als Psychotherapeutin über andere Abrechnungsmöglichkeiten verfügt als ein „gewöhnlicher“ Kassenarzt, sah dies als wesentlichen Vorteil in Bezug auf die Arzt-Patienten-Gespräche. Einige Nennungen bezogen sich auch auf die Gesundheitsreform, auf die neuen Abrechnungssysteme und die zunehmende Verwaltungsarbeit, die schlechte Rahmenbedingungen für Patientengespräche setzen.

Ein Befragter brachte seinen Ärger über die aktuelle Situation im Gesundheitswesen besonders deutlich zum Ausdruck: *„Wenn ich hierzu und zu unseren ‚Standesvertretern‘ sowie den Polithanseln meine Meinung*

¹³Standardabweichung $s = 11,91$

¹⁴Standardabweichung $s = 3,61$

sagen würde, bekäme ich ein Strafverfahren an den Hals!“

Am dritthäufigsten genannt wurden Aspekte, die die Patienten betreffen (19%). Hier ging es zunächst darum, dass auch die Patienten häufig Zeitdruck auf das Arzt-Patienten-Gespräch ausüben. Außerdem hätten sich die Patienten bereits an die „5-Minuten-Medizin“ gewöhnt. Einige Patienten legen auch offensichtlich keinen Wert auf ausführlichere Gespräche mit dem Arzt. Auf der anderen Seite registrierten einige Befragte eine erhöhte Erwartungshaltung vonseiten der Patienten. Die Informationsmöglichkeiten des Internets und die Einflüsse der Medien, die einen zusätzlichen Klärungsbedarf nach sich ziehen, wirken sich ebenfalls auf den Zeitaufwand aus. Auch eigene Krankheitsvorstellungen der Patienten oder am „Stammtisch“ vorab gefasste Meinungen beeinflussen die Arzt-Patienten-Kommunikation in zunehmendem Maße. Als weitere Aspekte wurden die z.T. fehlende Introspektionsfähigkeit der Patienten, Probleme im Umgang mit Gefühlen oder Tabuthemen (z.B. sexuelle Themen, Inkontinenz) sowie Abgrenzung gegenüber dem Arzt genannt. Ein Befragter meinte, dass die Patienten auch lernen müssen, Wartezeiten zu akzeptieren, wenn längere

Gespräche notwendig sind. Schließlich war ein Befragter der Ansicht, dass es sinnvoll wäre, zu diesem Thema auch eine Patientenbefragung durchzuführen.

16% Nennungen bezogen sich auf Aspekte, die die Ärzte selbst betreffen. So hat nach Ansicht einiger Befragter die eigene momentane Verfassung des Arztes ebenfalls einen Einfluss auf die Arzt-Patienten-Kommunikation (z.B. eigene familiäre, gesundheitliche Probleme, Überarbeitung, Ermüdung). Umgekehrt – so meinte ein Befragter – wirkt sich eine gute Arzt-Patienten-Kommunikation durchaus positiv auf die Arbeitszufriedenheit des Arztes aus. Auch der unterschiedliche Umgang von Ärzten mit Patienten aus verschiedenen sozialen Schichten wurde als Thema angesprochen. („Patienten mit höherem sozialem Status erhalten mehr Zuwendung, auch wenn sie als Kassenpatienten kommen!“) Ein Befragter beklagte die fehlende Kooperationsbereitschaft der Ärzte untereinander.

Einige Nennungen (7%) bezogen sich auf das Bild des Arztes in der Öffentlichkeit bzw. das Verständnis von Gesundheit und Krankheit in der Gesellschaft:

„Unser Bild in der Öffentlichkeit mutiert vom Helfer zum Kassenbüttel.“

Tabelle 1 Anzahl an Situationen mit Patientengesprächen unter Zeitdruck

Anzahl	Häufigkeit	Prozent	Kumulierte Prozente
Mehr als 10-mal täglich	8	5,0	5,0
6- bis 10-mal täglich	24	15,1	20,1
4- bis 5-mal täglich	27	17,0	37,1
2- bis 3-mal täglich	41	25,8	62,9
1-mal täglich	22	13,8	76,7
< 1-mal täglich	28	17,6	94,3
< 1-mal pro Woche	9	5,7	100,0
Gesamt	159	100,0	

„Der Arzt muss Supermann/-frau Alleskönner sein. Ein Patient sagte mir: ‚Ein Arzt ist nur ein Dienstleister‘. Dann wäre der Patient eine zu reparierende Sache!“

Vier Befragte (6% der Nennungen) äußerten sich zum Wandel der Krankheitsbilder sowie zur Abhängigkeit der Gesprächsführung von dem jeweiligen Krankheitsbild. So konstatierte eine Befragte eine „Zunahme der Angststörungen durch die Medien. 2- bis 3-mal täglich Ängste

nach Fernsehsendungen, Zeitungsartikeln“. Ein anderer Befragter meinte:

„Compliance ist heute die wichtigste der therapeutischen Maßnahmen. Deshalb ist die Aufklärung des Patienten über Diagnose und Therapie m.E. mit das Wichtigste. Und dieses alles braucht eben seine Zeit.“

Drei Nennungen (4%) bezogen sich auf das Thema der „Kommunikation mit ausländischen Patienten“ und fordern z.T. die Einbeziehung Angehöriger und Dolmetscher in das ärztliche Gespräch.

Beitrag aus der MMW-Fortschritte der Medizin, Ausgabe 13/2005

Eine ärztliche Kernkompetenz, die man lernen kann

Sind Sie ein guter Zuhörer?

— Der Dialog zwischen Arzt und Patient bildet die Basis der Diagnostik, steht am Beginn jeder Therapie und ist einer der wichtigsten Faktoren für die Zufriedenheit des Patienten. Gekonntes Zuhören, gute Fragetechnik und die sorgfältige Beachtung der Sach- wie der Beziehungsinhalte des Sprechens ermöglichen dem Arzt den Zugang zum Leiden seines Patienten in allen Dimensionen. Der geübte Einsatz von Zuhören und Sprechen bahnt den Weg zu sinnvollen und zielorientierten medizinischen Maßnahmen und wird so auch zum ökonomischen Faktor.

Emotionale Sprachlosigkeit vieler Ärzte

Obgleich diese Zusammenhänge sicher den meisten bekannt sind, wird die Technik der ärztlichen Gesprächsführung in der Ausbildung zum Arzt kaum gelehrt und bleibt in der Weiterbildung überwiegend dem Zufall überlassen. Während Handelsvertreter und Pharmareferenten vor ihrem ersten Einsatz am Kunden selbstverständlich ein intensives Kommunikationstraining durchlaufen, vertraut man offensichtlich bei den angehenden Ärzten auf das Naturtalent. Das mag es in Einzelfällen geben, viele kommen aber auf dem Weg des Autodidakten nicht über den Status eines Amateurs hinaus.

Dabei ist die Fähigkeit zur Kommunikation in einer Zeit der rasanten Zunahme

technischer und pharmakologischer Möglichkeiten der Medizin wichtiger denn je. Mechanistische Vorstellungen und rein wissenschaftliches Denken führen zur Illusion einer mathematischen Berechenbarkeit des Phänomens Krankheit unter Vernachlässigung der subjektiven und emotionalen Dimension des Menschen. Die Unzufriedenheit vieler Patienten mit der modernen Medizin trotz aller Fortschritte steht sicher in Zusammenhang mit der vielfach anzutreffenden emotionalen Sprachlosigkeit der Ärzte. Eine Untersuchung der Universität Göttingen an Medizinstudenten belegte kürzlich, dass es im Lauf des Studiums zu einem steten Zuwachs an biomedizinischem Wissen bei gleichzeitigem Verlust an psychosozialer Kompetenz kommt.

Es ist an der Zeit, in dem Gemisch aus Wissenschaft, Kunst, Handwerk, Liebätigkeit und Geschäft, wie es die ärztliche Profession nach Kerschesteiner darstellt, den Aspekt der Empathie wieder mehr zu betonen. Aktives Zuhören und die Schulung einer Verbalisierung emotionaler Erlebnisinhalte bilden die Grundlage für ein verstehendes Gespräch.

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

Wir möchten mit beiliegendem Fragebogen erfahren, welche Bedeutung Sie dem Gespräch mit dem Patienten und der ärzt-

lichen Kommunikation überhaupt beimessen, wie Sie Ihre eigenen kommunikativen Kompetenzen einschätzen und welche Probleme Sie bei der Kommunikation mit Patienten sehen. Die Befragung wird wissenschaftlich ausgewertet. Die Ergebnisse sollen Grundlage eines Werkstattgesprächs sein, das im Oktober dieses Jahres von der Stiftung Zuhören, dem Bayerischen Rundfunk, der MMW-Fortschritte der Medizin

und der Bayerischen Landesärztekammer veranstaltet wird. Dabei sollen Experten aus der ärztlichen Aus-, Fort- und Weiterbildung, der ärztlichen Selbstverwaltung, der Praxis, der Gesundheitspolitik, der Kassen und der Medien ihre Ansichten zur Bedeutung des Zuhörens als Gesundheitsfaktor austauschen und Lösungsansätze zur Verbesserung der Arzt-Patienten-Kommunikation entwickeln. **Prof. Dr. H.S. Fießl**

Beitrag aus der MMW-Fortschritte der Medizin, Ausgabe 44/2005

7-Minuten-Medizin statt „Sprechstunde“

Der Patient wird abgefertigt

Richtig zuhören gilt als hohe ärztliche Kunst. Doch 63% aller Kollegen sehen sich mehrmals täglich gezwungen, ein Patientengespräch mit mehr oder weniger schlechtem Gewissen frühzeitig abzubrechen. Die Gründe: Zeitdruck, mangelnde Vergütung sowie Defizite in Ausbildung und Arbeitsorganisation. Dies zeigen die Ergebnisse einer Studie zum Stellenwert des Zuhörens in der Arzt-Patienten-Kommunikation, einem Pilotprojekt der Stiftung Zuhören und der MMW-Fortschritte der Medizin.

— Hand aufs Herz: Wie lange lassen Sie den Patienten frei sprechen? Sind es 30, sind es 60 Sekunden, bevor Sie ihn zum ersten Mal unterbrechen und das Gespräch in Bahnen lenken? Oft wird vorgebracht, dass es den Praxisablauf über den Haufen wirft, wenn man den Patienten im Gespräch freien Lauf

lassen würde. Sicher gibt es Patienten, die einen buchstäblich „zu Tode“ quatschen. Doch sie sind die Ausnahme. Tatsächlich haben Untersuchungen aus allgemeinärztlichen Praxen gezeigt, dass die meisten Patienten nach 1:43 min \pm 88 s dem Arzt durch verbale oder nonverbale Signale zu erkennen geben, dass sie nun mit ihrer Schilderung am Ende sind und der Arzt jetzt etwas sagen sollte.

Den Patienten unterbrechen führt aufs falsche Gleis

Die Erfahrung zeigt: Das vom Patienten zu Beginn vorgebrachte Problem ist keineswegs immer der eigentliche Grund für den Arztbesuch. Wenn der Arzt den Patienten früh unterbricht und dann den erstgenannten Beschwerden nachgeht, geht die Chance verloren, dem Patienten wirklich zu helfen. Bei mindestens einem Drittel der Pati-

enten einer Allgemeinarztpraxis kann man nur durch das Gespräch zur richtigen Diagnose kommen. Denn so hoch liegt der Anteil der Patienten, die mit psychischen, psychosomatischen oder Befindensstörungen den Arzt aufsuchen.

Deutsche Ärzte haben es am eiligsten

Die durchschnittliche Konsultationsdauer in deutschen Allgemeinarztpraxen – auch das hat man untersucht – beträgt nur 7,6 ± 4,3 min pro Patient. Deutschland steht damit im europäischen Vergleich so da wie in der Wirtschaft: Die rote Laterne fest im Griff. Zum Vergleich: In der Schweiz haben Patienten durchschnittlich 15,6 ± 8,7 min Zeit, um ihre gesundheitlichen Nöte an den Fachmann zu bringen. Diese Ergebnisse zeigen: Die Bezeichnung „Sprechstunde“ geht an der Realität in deutschen Arztpraxen vielfach vorbei. Es wird dort offenbar (zu) wenig gesprochen und noch weniger zugehört. Keine Frage: Es ist eine Kommunikationsstörung zu beklagen zwischen Arzt und Patient, und es scheint an der Zeit, den Ursachen auf den Grund zu gehen und diese abzustellen.

„Wir können ständig von unseren Patienten lernen. Aber wenn wir von unseren Patienten lernen wollen, müssen wir zuhören. Lassen Sie ihnen wenigstens zwei Minuten Zeit zum Reden und Sie kommen schneller und präziser zu des Pudels Kern: der richtigen Diagnose.“

Prof. Dr. H. S. Fießl, Krankenhaus Haar und Schriftleiter der MMW

In den vergangenen Monaten haben „MMW“ und „Stiftung Zuhören“ eine Pilotstudie durchgeführt, um den Stellenwert des Zuhörens in der Arzt-Patienten-Kommunikation zu untersuchen. Knapp 200

MMW-Leser haben sich an der Studie beteiligt, die meisten von ihnen niedergelassene Kollegen mit über zehnjähriger Berufserfahrung. Dabei zeigte sich: Fast alle Kollegen messen dem Zuhören überragende Bedeutung im ärztlichen Alltag zu. Doch so wie es sein sollte, kann kaum ein Arzt das Gespräch mit dem Patienten umsetzen, berichtet Diplomsoziologin Christiane Hemmer-Schanze von der Stiftung Zuhören.

„Wir dürfen nicht unterschätzen, in welcher Art Hypnosezustand sich ein kranker Mensch befindet, wenn er nach langer Warterei endlich zum Arzt vorgelassen wird und dann drei Minuten Zeit hat, seine komplexen Leiden zu schildern.“

Prof. Dr. Ralf Stahlmann, Charité, Berlin

Ärztinnen sind die besseren Zuhörer

Bemerkenswert: Ärztinnen „leiden“ unter der Kommunikationsstörung mehr als Ärzte. Im Vergleich zu den männlichen Kollegen messen sie kommunikativen Aspekten wie

- professionellem Zuhören,
- Gestaltung des Erstkontaktes,
- Verständlichkeit der Ausdrucksweise,
- Beachten nonverbaler Kommunikation,
- Gestaltung der Gesprächsatmosphäre,
- Umgang mit Gefühlen,
- Balance zwischen Nähe und Distanz,
- Konfliktfähigkeit

einen deutlich höheren Stellenwert bei. Sie sind diesbezüglich aber auch zufriedener mit der eigenen Leistung. Anders ausgedrückt: Die männlichen Kollegen wissen um ihre Defizite.

Ein weiteres wichtiges Ergebnis: Je älter der Arzt und je größer seine Berufserfahrung, desto wichtiger wird für ihn das Zuhören im ärztlichen Alltag. In jüngeren Jahren

vertraut der Arzt offenbar mehr auf manuelle und apparative Diagnostik. Erst mit der Zeit lernt er, dass der Patient und seine eigene Erfahrung wertvoller sind als Labor und Röntengerät.

Zuhör-Hindernisse:

Ausbildung und Vergütung

Das ganze Thema kommt in der medizinischen Aus- und Weiterbildung viel zu kurz: Zuwachs an biomedizinischem Wissen, gleichzeitiger Verlust an psychosozialer Kompetenz, so gilt's im Studium und oft auch im Krankenhaus. Kein Wunder also: Die meisten Ärzte lernen Zuhören im Do-it-yourself-Verfahren oder allenfalls in der Balintgruppe.

Das deutsche Vergütungssystem tut ein Übriges: Mit einer delegierbaren technischen Untersuchung ist meist ein Vielfaches zu verdienen als mit einem ausführlichen Patientengespräch. Dann wird auch die greifbare Befindlichkeitsstörung apparativ abgeklärt und medikalisiert. Selbst der gutwillige Kollege unterliegt dem Zwang, große Patientenzahlen aus ökonomischen Gründen durchzuschleusen.

Fazit von MMW-Schriftleiter Prof. Fießl:

„Das richtige Gespräch zwischen Arzt und Patient kann fast alles bewegen, aber ohne das richtige Gespräch bewegt sich fast nichts.“
Dr. Dirk Einecke

Beitrag aus der MMW-Fortschritte der Medizin, Ausgabe 3/2006

Jede dritte Diagnose wird erst durch ein Gespräch möglich

Sind Sie ein guter Zuhörer?

— Die Bezeichnung „Sprechstunde“ geht an der Realität in deutschen Arztpraxen vielfach vorbei. Denn es wird dort (zu) wenig gesprochen, und natürlich hat der Patient keine Stunde Zeit, seine Nöte an den Fachmann zu bringen. Noch weniger wird wahrscheinlich zugehört. Die durchschnittliche Konsultationsdauer in deutschen Allgemeinarztpraxen beträgt $7,6 \pm 4,3$ Minuten pro Patient. In der Schweiz nimmt sich der Arzt dagegen durchschnittlich $15,6 \pm 8,7$ Minuten Zeit. Zur spontanen Schilderung seiner Beschwerden stehen dem Patienten in den USA ganze 18 Sekunden Rede-

zeit zur Verfügung. In Deutschland hört der Arzt bei der Erstkonsultation immerhin 103 Sekunden lang zu.

Der oft vorgebrachte Einwand, Ärzte würden von Patienten „zu Tode“ geredet, wenn man sie nicht in die richtigen Bahnen lenkt, trifft nicht zu. Untersuchungen aus allgemeinärztlichen Praxen haben ergeben, dass die meisten Patienten nach 143 ± 88 Sekunden durch verbale oder nonverbale Signale zu erkennen geben, dass sie nun mit ihrer Schilderung am Ende seien und der Arzt jetzt etwas zu ihrem Problem sagen solle.

Die Psyche entzieht sich der apparativen Perfektion

Es scheint also um die Arzt-Patienten-Kommunikation grundsätzlich nicht gut bestellt zu sein. Dabei kann man bei mindestens einem Drittel der Patienten eines Allgemeinarztes, wenn überhaupt, dann nur durch das Gespräch zur richtigen Diagnose kommen. Denn so hoch liegt der Anteil von Patienten, die wegen psychischer und psychosomatischer Störungen oder Befindensstörungen infolge emotionaler Belastungen oder der allgemeinen Lebensumstände den Arzt aufsuchen. Wer diese nicht anspricht oder den Patienten bereits im An-

satz unterbricht, sobald er Signale aus dieser Ecke aussendet, wird nicht zur richtigen Diagnose gelangen und dem Patienten auch keine Hilfe geben können.

Es scheint an der Zeit, dass die Ärzte wieder den Primat bei der Beratung zurückgewinnen, den sie mit Überbetonung von Technik und Wissenschaft sowie durch überbordende Bürokratie an viele alternative Mitspieler im Gesundheitsbetrieb verloren haben. Trotz unbestreitbarer Erfolge wird die moderne Medizin den Bedürfnissen der Menschen in vielfacher Hinsicht offensichtlich nicht gerecht.

TEILNEHMERLISTE

Aufgeführt werden neben den Teilnehmern am Werkstattgespräch auch Expertinnen und Experten, die verhindert waren und schriftlich Stellung genommen haben oder in Radiobeiträgen zu Wort gekommen sind (gekennzeichnet mit *). An der Diskussion haben sich bisher beteiligt:

Eva Adler	BKK Landesverband Bayern, Referentin Vertragsärzte
Dipl.-Psych. Rudi Bittner*	Kassenärztliche Vereinigung Bayerns, Vorstand
Dr. med. Rudolf Burger	Bayerische Landesärztekammer, Hauptgeschäftsführer
Prof. Dr. med. Wolfgang Caselmann	Bayerisches Staatsministerium für Umwelt, Gesundheit und Verbraucherschutz; Medizinaldirektor, Leiter des Referats Grundsätze, Gesundheitsförderung und Prävention
Monika Dollinger	Bayerischer Rundfunk, Redakteurin
Dr. med. Dirk Einecke	MMW-Fortschritte der Medizin – Urban & Vogel GmbH, Chefredaktion
Dr. med. Maria E. Fick	Bayerische Landesärztekammer, Vorstand
Prof. Dr. med. Jürgen Fritze	Verband der privaten Krankenversicherung e. V.
Prof. Dr. med. Hermann S. Fießl	Bezirkskrankenhaus Haar, Lt. Arzt Somatische Querschnittsbereiche MMW-Fortschritte der Medizin, Schriftleiter

Manfred Hain	AOK Bayern, Dienstleistungszentrum Ärzte München/ Oberbayern
Dipl.-Soz. Christiane Hemmer-Schanze	Evaluation Pilotstudie
Ludowika Huber, M.A.	Stiftung Zuhören, Fachbeirätin
Dr. Sebastian Hügel	Bayerischer Rundfunk – Bildungsprojekte Stiftung Zuhören
PD Dr. Margarete Imhof	Institut für pädagogische Psychologie, Johann-Wolfgang- Goethe-Universität Frankfurt a. Main
Prof. Dr. Joachim Kahlert	Department für Pädagogik und Rehabilitation an der Ludwig-Maximilians-Universität München
Dr. med. Margareta Kampmann*	Institut für Allgemeinmedizin der Charité, Berlin
MD Dr. med. Günther F. Kerscher	Bayerisches Staatsministerium für Umwelt, Gesundheit und Verbraucherschutz
Dr. med. Marianne Koch*	Ärztin und Journalistin
Jürgen Krauth	Robert-Bosch-Stiftung, Gesundheit und Humanitäre Hilfe
Dr. med. Karin Kreuzberg	Urban & Vogel GmbH – HNO-Nachrichten
Dr. Johanna Lalouschek	Institut für Sprachwissenschaft, Universität Wien
Sabine März-Lerch	Bayerischer Rundfunk, Redakteurin
Dr. med. Alfred Möhrle*	Rundfunkrat des Hessischen Rundfunks
Prof. Dr. med. habil. Dr. rer. nat. habil Ingo Rentschler	Institut für Medizinische Psychologie der LMU
Prof. Dr. Wolf-Dieter Ring	Bayerische Landeszentrale für neue Medien, Präsident
Dr. med. Christian Schlesiger	Bayerische Landesärztekammer
Adelheid Schulte-Bocholt	Gesundheitsladen München e.V., Koordinatorin des Patientennetzwerk Bayern, Sprecher BGAP
Prof. Dr. med. Ulrich Schwantes	Institut für Allgemeinmedizin der Charité, Berlin Direktor und Landarzt
Prof. Dr. Ralf Stahlmann*	Charité, Berlin
Jürgen Stoschek	Freier Journalist
Stefan Sutor	Bayerische Landeszentrale für Neue Medien, Fachbeirat der Stiftung Zuhören
Prof. Dr. Stefan N. Willich	Institut für Sozialmedizin, Epidemiologie und Gesund- heitsökonomie, Charité, Berlin

Gesundheitsfaktor **Zuhören**



1. Warum Ärzte und Patienten besser kommunizieren müssen

Bayern2Radio, 21. Februar 2006

2. Zuhören in der Praxis – wie Ärzte besser behandeln

Bayern2Radio, 21. März 2006

