

PSYCHIATRIE HEUTE

Seelische Störungen erkennen, verstehen, verhindern, behandeln

Prof. Dr. med. Volker Faust

Arbeitsgemeinschaft Psychosoziale Gesundheit

DER SCHWIERIGE PATIENT

Teil 3: Wie Therapeut und Patient zusammenfinden

Das Arzt-Patient-Verhältnis ist ein persönliches Verhältnis. So persönlich, wie kaum ein anderes zwischen einem Menschen in Not und einem ja erst einmal relativ fremden Helfer. Hier kann es deshalb auch zu vielerlei Problemen kommen – auf beiden Seiten. Auf der einen aus der (Krankheits-)Not geborene Wünsche, Bedürfnisse und Erwartungen, aber auch Befürchtungen, Sorgen, Ängste, mit allen Konsequenzen. Auf der anderen Zeitnot, Hektik, Personal-Knappheit, Leistungs-Verdichtung, bürokratische Dokumentations-Vorgaben, Budgetierung, Regress-Drohungen u. a. Und das bei ggf. 50 bis 100 Patienten pro Tag mit entsprechender Hektik, Überlastung und Demotivation.

Da kann ein Patient schnell zum „schwierigen Patienten“ werden. Und ein gestresster Arzt rasch zum unfreundlichen, unterkühlten, nur an technischem Einsatz interessierten und menschlich wenig mitfühlenden Doktor.

Was hat sich hier entwickelt, was spielt sich hier ab, was verhindert ein zusätzlich heilungs-förderndes Miteinander? Wo fehlt es an gezielter Kommunikation, warmherziger Atmosphäre – und damit genesungs-freundlichen Bedingungen auf der einen und Berufs-Zufriedenheit auf der anderen Seite?

Nachfolgend dazu eine kurz gefasste Übersicht, wie es in dem Praxishandbuch *Gesprächs-Art* zur Diskussion gestellt wird.

Erwähnte Fachbegriffe:

Schwierig – der schwierige Patient – Gesundheit in Deutschland – Gesundheitssystem Deutschland – Zufriedenheit mit dem deutschen Gesundheitssystem – Arzt-Patient-Verhältnis – Kommunikation in der Arztpraxis – Gesprächs-Art – Sprechstunde – Zuhören – Anspruchsdenken – Halb-Wissen – Leistungs-Verdichtung – Zeitnot – Wettbewerbs-Druck – Personal-Knappheit –

Hierarchie – Bürokratie – Verwaltungsaufwand – Dokumentations-Pflicht – Qualitätssicherung – Budgetierung – Regress-Drohungen – Kosten-Bewusstsein – Medizin-Ausbildung – Mediziner-Flucht – Kommunikations-Fähigkeit – Flexibilität – Glaubwürdigkeit – Gesprächs-Statistik – Gesprächs-Kontakte – Arzthelferin – Krankenschwester – Arzt-Konsultationen – Arzt-Telefonate – atmosphärische Störung in der Arzt-Praxis – Partnerschaft in der Arzt-Praxis – Gesundheitsförderung – Konflikt-Ursachen in der Arzt-Praxis – schwierige Patienten in der Arzt-Praxis – Schnelllebige – Aggressive – Vorwurfsvolle – Burn-out-Betroffene – Innere Kündigung – Besserwisser – Hysterische – Manische – Stalker – Hypochonder – Zwangsgestörte – Enthemmte – Misllaunige – Unhöfliche – Ungeduldige – Erwartungshaltung – Extrawünsche – Privat-Patienten – Nicht-Kooperative – Therapie-Abbrecher – Internet-Nutzer – Doktor-Hopper – Vielfrager – Skeptiker – Überkritische – Suchtkranke – Unhöfliche - Konsequenzen misslungener Arzt-Patient-Kommunikation: Demotivation, Zeitaufwand, Wartezeiten, Frustration, Irritation, Bürokratie, schlechte Compliance, mangelnde Therapietreue, unzureichende Medikamenten-Einnahme-Zuverlässigkeit, Fehler, Humorlosigkeit, Negativ-Image u. a. – schwieriger Patient als Diagnose – Sofort-Einschätzung – innere Emigration – Angst vor dem Arzt – Angst vor der Diagnose – unrealistische Wunschvorstellungen – vorwurfsvolle Ansprüchlichkeit – Grundlagen der Kommunikation: Sprache, Ton, Schrift, Bild, Körperhaltung, Gestik, Mimik u. a. – Störquellen in der Arzt-Patient-Kommunikation – Grundrechte des Patienten: respektvoller Umgang, umfassende Informationen, Zeit-Management, Angemessenheit, Unterhaltung, Dialog, Mitdenken u. a. – Rahmenbedingungen für ein erfolgreiches Arzt-Patient-Gespräch: Persönlichkeit des Arztes, Wartezeiten, Aussprache-Intensität, Qualifikation des Arztes, Empfehlungen durch andere u. a. – konkrete Patienten-Wünsche: verständliche Sprache, angemessene Sprachgeschwindigkeit, bewusste Wiederholungen, Zuhören können, Erklärungen zu diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen, Offenheit, Vertrauensaufbau u. a. – medizinische Fachkräfte in der Kommunikation mit Patienten – Praxis-Atmosphäre: Empfang, Wartezimmer, Untersuchungsraum, Gespräche, Verabschiedung u. a. – konkrete Empfehlungen für das Patienten-Beziehungs-Management: telefonische Erreichbarkeit, Berufskleidung, reibungslose Organisation, helle Lichtverhältnisse, gute Raumlufte, lesbare Hinweisschilder, kurze Warte-Zeiten, Wartezimmer-Ausstattung, Sauberkeit, Merkblätter usf. – Literaturhinweise – u. a. m.

Die Deutschen sind mit ihrem Gesundheitssystem zufrieden. So der MLP-Gesundheitsreport 2010. 60% bezeichnen es als gut, 10% als sehr gut (Letzteres vor allem Privatpatienten). Die positive Meinung hat sogar zugenommen, trotz aller Einschränkungen. Andere europäische Länder mit bekanntermaßen hohem Standard stellen sich noch besser. Beispiele: Niederlande, Schweden, vor allem aber die in über 90% zufriedenen Schweizer (wo man sich aber ebenfalls Gedanken macht, ob dieses Niveau noch zu halten ist).

Neuere Ergebnisse einer großen telefonischen Befragung des Robert-Koch-Instituts mit insgesamt 21262 Teilnehmern aus allen Regionen Deutschlands (GEDA 2009) hören sich auch erfreulich an (siehe Kasten).

Gesundheit in Deutschland

- Die große Mehrheit der Bevölkerung erfreut sich guter Gesundheit.
- Regionale Unterschiede im Gesundheitszustand sind gering.
- Die Jüngeren sind seltener chronisch krank als vor einigen Jahren.
- Der Anteil der sportlich sehr Aktiven hat seit 2003 um vier Prozentpunkte zugenommen.
- Vor allem jüngere Menschen rauchen inzwischen seltener.
Allerdings:
- Personen mit niedrigem Bildungsstatus schätzen ihre Gesundheit seltener als sehr gut oder gut ein als diejenigen mit mittlerem oder oberem Bildungsstatus.
- Ein Zehntel der Bevölkerung ist gesundheitlich erheblich eingeschränkt.
- Bei den über 65-Jährigen musste ein knappes Viertel innerhalb der letzten zwölf Monate ins Krankenhaus.

Pressemitteilung des Bundesministeriums für Gesundheit, des Robert-Koch-Instituts und des Statistischen Bundesamts, zitiert nach *Versicherungsmedizin* 62 (2010) 203

Auch die deutschen Ärzte sind mit dem Gesundheitssystem offenbar zufrieden, und dies in erstaunlich hoher Zahl von 88%. Zwar haben sie ihre aktuelle Position in der (Wertigkeits-)Skala der öffentlichen Meinung etwas eingebüßt und liegen derzeit beispielsweise hinter Feuerwehrleuten und Krankenschwestern, aber das war nach den finanz- und standes-politischen Auseinandersetzungen der letzten Zeit zu erwarten. Und die Differenz zu den ohnehin mit Recht hochgeschätzten Spitzenreitern hält sich in Grenzen.

So gesehen wäre doch eigentlich alles in bester Ordnung, getragen von Vertrauen, Respekt und Zufriedenheit. Trotzdem hört man immer wieder von negativen Erfahrungen der Patienten, Klagen der Ärzte und kritischen Kommentaren in den Medien. Doch davon abgesehen, dass es letztlich schon immer so war, derzeit zuzunehmen scheint und in Zukunft nicht weniger werden dürfte, so jene Experten, die ein halbes Jahrhundert mit eigener(!) Erfahrung nutzen können, scheint sich vor allem im Arzt-Patient-Verhältnis schon eine gewisse Tendenz der wechselseitigen Unzufriedenheit, zumindest aber Skepsis abzuzeichnen, ob es in dieser Form so weitergehen wird, soll oder gar muss.

Die Pessimisten sehen hier keinen Ausweg; die Optimisten finden diese Entwicklung zwar auch nicht erfreulich, wünschen sich aber mehr konstruktive Vorschläge als die spürbar einreißende Miss-Stimmung, Nörgelei und unrealistische Anspruchshaltung, die die Verantwortungsbewussten beider Seiten registrieren. (Außerdem empfiehlt sich hier eine alte psychohygienische Erkennt-

nis, die besagt: Die Pessimisten mögen ja am Schluss recht behalten, aber die Optimisten leben bis dahin besser. Und noch zukunftsweisender: Optimismus bahnt mehr konkrete Verbesserungs-Vorschläge als destruktiver Pessimismus.)

DAS ARZT-PATIENT-VERHÄLTNIS HEUTE – MÖGLICHKEITEN, GRENZEN, REIBUNGSFLÄCHEN

Letztlich geht es bei allen Diskussionen, standes-, finanz- bzw. wirtschafts-politisch, fachspezifisch oder medien-geleitet, um vor allem einen Punkt, einen einzigen, kaum adäquat respektierten und genutzten Aspekt, obgleich er die unverzichtbare Grundlage von allem ist: das persönliche Arzt-Patient-Verhältnis. Überall hört man nur von gewaltigen Summen, gewachsenen Belastungen, Konkurrenz-, Verteilungs- und Verdrängungs-Situationen, von teurer Technik (der Fortschritt sei gepriesen, aber...), Krankenkassen-Strategien, gesundheits-politischen Auseinandersetzungen (mit zum Teil peinlichen Profilierungs-Vorstößen, wie heißt es so treffend: zum allem eine Meinung, aber von nichts eine Ahnung) usw.; nur eines kommt kaum zur Sprache: das erwähnte Arzt-Patient-Verhältnis. Dabei ist es die Grundlage, auf der sich alles andere aufbaut – oder brüchig zu werden droht.

Warum? Das Arzt-Patient-Verhältnis ist ein persönliches Verhältnis, so persönlich, wie kaum ein anderes zwischen einem Menschen in Not und einem ja relativ fremden Helfer, in den man alle seine gesundheitlichen Hoffnungen investiert. Und die Gesundheit ist und bleibt „des Menschen höchstes Gut“, wie es seit jeher heißt. Kurz: Es kann nicht schaden, sich diesem zwischenmenschlichen „Fundament“ konkreter zu nähern, die Vor- und Nachteile einer solchen Konstellation, sprich Persönlichkeitsstruktur auf beiden Seiten, ja Raum, Zeit und Technik, vor allem aber Leistungs-Reserven, Motivation oder Resignation und nicht zuletzt eine Vielzahl von unwägbar Zusatz-Aspekten einzurechnen. Hier wären mehr Kenntnisse und damit Verständnis vonnöten. Dazu bräuchte es mehr gezielte Informationen.

Gibt es die? Ja, und zwar nicht zu knapp: Wir verfügen über eine fast unübersehbare Zahl von (Fach-)Publikationen in verschiedenen Medien und Dutzende von allein deutschsprachigen Büchern zu diesem Thema. Einzelheiten siehe die Übersicht am Ende dieses Beitrags.

Ob sie allerdings ihre Zielgruppe erreichen, ist ein anderes Problem. Und – das sei zugestanden – in einigen Fällen sind sie leider auch von Terminologie (Fachsprache) und psychologischer Verständlichkeit recht mühsam bis geradezu unzumutbar für den Alltags-Bedarf. Oder kurz: zu hoch angesiedelt, um praxis-relevant umgesetzt werden zu können.

Andere sind recht empfehlenswert, aber entweder kaum (mehr) zugänglich bzw. inzwischen in Vergessenheit geraten; oder auch zu spezifisch auf bestimmte Konstellationen ausgerichtet, was durchaus Sinn hat, aber eben nur

wenige interessieren kann. Und schließlich hat man vor allem bei theorie-lastigen Angeboten den Eindruck, dass der Autor seine Kenntnisse nicht, nur selten und vielleicht schon gar nicht aus dem „gelebten Praxis-Alltag“ bezieht – und seine Leser damit nur verbittert: „Der sollte einmal...“, klagen dann frustrierte Ärzte und enttäuschte Patienten.

Leider ist umgekehrt auch nachvollziehbar, dass diejenigen, die in Jahrzehnten ihre nun wirklich „front-nahen Erfahrungen“ sammeln konnten bzw. mussten, schon durch den kräfte-zehrenden bis zermürbenden Praxis-Alltag nicht mehr die Reserven haben, um ihr fundiertes Wissen publizistisch weiterzugeben. Da kann es sogar effektiver sein, wenn sich Praxis und Theorie zusammenfinden, um gemeinsam ein Angebot vorzulegen.

Dies findet sich in einem kürzlich erschienenen Praxishandbuch über den „schwierigen Patienten“ mit dem – zugegebenermaßen gewöhnungs-bedürftigen, aber auch Interesse weckenden – Titel: *Gesprächs-Art*.

Volker Faust – Joachim Sandner:

GESPRÄCHS-ART

Der „schwierige“ Patient

Praxishandbuch

Edition FORTHE, Bonn 2010. 700 S, € 55,00 inklusive Versand.

ISBN 978-3-926509-33-8

Dieses Buch hat zwei Schwerpunkte: Teil 1 beschäftigt sich mit dem Stellenwert der Kommunikation in der Arztpraxis. In Teil 2 gilt es ausschließlich um psychosozial relevante Krankheitsbilder (Störungsbilder genannt) von A bis Z (von **A**ggressionen bis **Z**ähne und seelische Störungen). Dabei kommen nicht nur die bekannten Krankheiten wie Alzheimer, Angststörungen, Borderline-Persönlichkeitsstörungen, Depressionen, Manie, Medikamenten-Abhängigkeit, Persönlichkeitsstörungen, Schlafstörungen, Schizophrenie, Suizidgefahr u. a. zur Sprache, sondern auch „moderne“, auf jeden Fall derzeit psychosozial besonders belastende Phänomene, z. B. Amok, ADHS, Burnout, innere Kündigung, Münchhausen-Syndrom, Selbstverletzung, Stalking usw.

Für die Serie *Der „schwierige“ Patient* in dieser Reihe (siehe 1. aus psychiatrischer und 2. aus allgemein-medizinischer Sicht) ist vor allem Teil 1 dieses Buches von ergänzender Bedeutung: der Stellenwert der Kommunikation in der Arzt-Praxis. Dazu nachfolgend eine kurz gefasste Übersicht des Autors, nämlich Joachim Sandner, seit einem Vierteljahrhundert bundesweit in der Weiter- und Fortbildung der Ärzteschaft tätig (FORTHE, Bonn). Was weißt er uns zu berichten, was empfiehlt er, was mahnt er an – auf beiden Seiten?

Externe Belastungs-Faktoren

Man weiß es wohl, aber vergisst es oft: Der Ton macht die Musik. So beginnt das Vorwort des Autors für den sensiblen und vielgestaltigen Kontakt mit Patienten. Denn die „sprechender Medizin“ verlangt nicht nur den verständnisvollen Arzt und seine verständnisvollen Helfer, sie verlangt auch den verstehenden Patienten. Und jeder weiß es, auf beiden Seiten: Worte und Gesten können auch unbeabsichtigt verletzen, ja abstoßen. Oft schadet, was helfen soll und bringt ungewollt Unheil statt Heilung.

Daher lohnt sich der Blick hinter die Kulissen der oft schwierigen zwischenmenschlichen Interaktionen. Und hier vor allem die Kenntnis vom „schwierigen“ Patienten. Dabei will J. Sandner zwei Gruppen unterschieden wissen: Einerseits die krankheitsbedingt „schwierigen“ Patienten, andererseits die aufgrund der Situation, der Rahmenbedingungen oder individueller Einflussfaktoren als „schwierig“ *wahrgenommenen* Patienten. Wie ist das zu lösen, wie kommt man hier weiter? Der Kommunikations-Experte: „Manchmal fällt es schwer zu schweigen, oft jedoch ist es schwieriger zu reden“.

Und weiter: „Das Problem kann objektiv im belastenden Befund und im Mitleid auslösenden Patienten-Schicksal liegen. Oder es kann subjektiv durch lähmende Uneinsichtigkeit, Besserwisserei bzw. intellektuelles Defizit beim scheinbar unbelehrbaren „schwierigen“ Patienten bedingt sein.

Natürlich gibt es noch die „Sprechstunde“ im herkömmlichen Sinne, die aber auch mehr und mehr zur „Zuhörstunde“ werden sollte. Denn das medizinische Arbeitsgebiet hat sich verändert. Es braucht nicht nur ständig umfassender werdendes Fachwissen und hohe Verantwortung, es muss auch auf ein verändertes Anspruchsdenken eingegangen werden. Und ein nicht zuletzt aus den Medien aufgesogenes Halb-Wissen von Patienten und – wichtig! – Angehörigen.

Und schließlich sollte man einige Schlagworte überdenken, die nun in der Tat auf eine besorgnis-erregende Entwicklung zurückgehen. Gemeint sind Leistungs-Verdichtung (und dies oft noch ohne angemessene Honorierung), Zeitnot, Wettbewerbs-Druck, Personal-Knappheit, überholte hierarchische Strukturen, vor allem aber ausufernde, zermürende, in ohnmächtige Wut oder lähmende Resignation treibende Bürokratie (man frage seinen Arzt, dann wird er selbst zwischen Tür und Angel noch „gesprächig“...).

Vor allem der wachsende Verwaltungsaufwand und die z. T. nicht mehr nachvollziehbaren Dokumentations-Vorgaben und Qualitätssicherungs-Auswüchse rauben dem Patienten die ihm zustehende Zeit und Kraft seines Arztes. Hinzu kommen Budgetierung, Regress-Drohungen und das so genannten kassenfreundliche „Kosten-Bewusstsein“. Wenn man nach den Verantwortlichen dieser unseligen Entwicklung fragt, kennt jeder Angesprochene die „Schuldigen“ – nur keiner will es gewesen sein.

Kurz: Kann sich der Patient vorstellen, dass es früher einfacher, für die spezifische Aufgabe ergiebiger und für beide Seiten hilfreicher war, Arzt zu sein? Und kann man jetzt verstehen, dass die jungen Mediziner sich zwar in ihrem Land ausbilden lassen (eines der kosten-intensivsten Ausbildungen, das Medizin-Studium), dann aber Deutschland den Rücken kehren und sich selbst unter erschwerten Bedingungen (z. B. Sprache) im Ausland wohler fühlen als zu Hause?

Sie sollen nicht beschönigt werden, die Reibungspunkte, Fehl-Informationen und unnötigen Auseinandersetzungen, aber einige ihrer (belastendsten) Ursachen dürfen ruhig zur Sprache kommen – siehe oben. Kein Wunder, dass bei einer ohnehin anstrengenden Tätigkeit, verstärkt durch fachfremde Belastungen, nicht nur Freundlichkeit, Herzlichkeit und Verständnis, sondern auch Kommunikations-Fähigkeit, Flexibilität und Glaubwürdigkeit auf der Strecke bleiben.

Die Ärzte wissen das. Die Frage aber, wie man aus einem solchen Teufelskreis wieder herauskommt, die hat ihnen auch noch niemand beantwortet. Deshalb – wie erwähnt – stellen sie junge Berufsanfänger nach dem ersten Staatsexamen gar nicht mehr; sie beantworten sie selber – mit ihrem Exodus ins Ausland.

Der Kommunikations-Experte im Gesundheitswesen, Joachim Sandner, kennt natürlich die Belastungen seiner Klientel. Er soll, er muss aber trotzdem die Grundlage der (heutigen) Kommunikations-Zwänge vermitteln, wenn auch in verdichteter Form und speziell ausgerichtet auf den Patienten-Kontakt. Und immer wieder die im Raum schwebende Frage anschneiden: Gibt es wirklich „schwierige“ Patienten? Sind es nicht eher unverstandene, weil selber nicht verstehende oder gar verstörte Kranke? Was wird nun im Teil 1 dieses Buches vermittelt?

Der Stellenwert der Kommunikation in der Arztpraxis

Es ist richtig: Schon der griechische Arzt Hippokrates sagte vor über 2000 Jahren: „Für was ich Worte habe, darüber bin ich schon hinweg“. Wenn ich aber meine Sorgen, Kümernisse und Befürchtungen aussprechen soll, dann brauche ich halt auch einen Gegenüber. In der Allgemeinheit, beginnend mit Partnerschaft, Familie, Verwandten- und Bekanntenkreis über Freunde bis hin zu Arbeitskollegen, ist die Bereitschaft, anderen zuzuhören, deutlich zurückgegangen. Man kann es auch an sich selber beobachten: Man beginnt mit seinen Sorgen und hat in Kürze eine Antwort, nämlich die Sorgen seines Gesprächspartners. Heute hört keiner mehr zu, jeder versucht selber zu Worte zu kommen. Das ist zwar psychohygienisch nachvollziehbar (siehe Hippokrates), aber im zwischenmenschlichen Kontakt erheblich frustrierend (vom lat.: frustra = vergebens).

Wenn also niemand mehr zuhört, leiht mir dann wenigstens „mein“ Arzt für einige Minuten sein Ohr? Selbst dann, wenn es nicht nur das Beschwerdebild, vielleicht auch ein wenig weitere Ursachen und Hintergründe beinhaltet?

Die Antwort lautet, wenn auch kaum explizit ausgesprochen: kaum. Jeder hat diese Erfahrung schon gemacht, nämlich dass man bereits aus Mimik und Gestik und ohne ein mahnendes Wort erkennen kann, was der Arzt denkt: „Kommen Sie bitte zur Sache!“

Das passt zwar zum Gesamtbild (s. o.), macht einen aber schon irgendwie ratlos, resigniert oder traurig. Und hilft natürlich auch nicht weiter. Man bekommt ein Rezept, aber keinen Rat, zumindest über die Dosier-Anleitung des verordneten Medikaments hinaus, so der häufige Seufzer.

Das ist keine schöne Entwicklung, das weiß auch der Arzt. Aber er hält etwas dagegen, was seine Patienten vielleicht in dieser Form noch nie gehört haben, nämlich die „nackte Statistik“, hinter der sich aber viel, viel Erschöpfung und eigene Resignation verbirgt.

Statistik mit Konsequenzen

Im Laufe seines Berufslebens führt ein Arzt ca. 200.000 Gespräche mit Patienten. Geht man nur von jeweils einem weiteren Kontakt: *Arzthelferin*-Patient vor und nach dem Arztgespräch aus (z. B. nächste Termin-Absprache), kommt man – vorsichtig geschätzt – auf zusätzliche 400.000 Gesprächs-Kontakte einer medizinischen Fach-Angestellten mit Patienten im Laufe ihres beruflichen Daseins. Beide, Arzt und Arzthelferin (in die viele Patienten nebenbei gesonderte Gesprächs-Hoffnungen setzen, je nach Wesensart der Betroffenen) haben also eine eindrucksvolle „Kommunikations-Last“ zu tragen.

Hier drängt sich übrigens ein Erkenntnis-Satz auf, den man zweimal lesen muss, bevor seine ganze Tragweite deutlich wird. Er heißt: Die Erschöpfung *der* Zuwendung ist auch eine Erschöpfung *durch* Zuwendung. Dieser Satz wird als Grund-Prinzip des Burnout-Syndroms (erschöpft - verbittert - ausgebrannt) diskutiert.

Aber weiter mit noch mehr Zahlen, die die Bedeutung der medizinischen Kommunikation unterstreichen. In Deutschland geht man von 18 Arztbesuchen pro Jahr und Patient aus, d. h. 550 Millionen Konsultationen (inklusive Telefonate) bei niedergelassenen Ärzten pro Jahr und 50 Patienten pro Praxis am Tag. Letzteres scheint übrigens die untere Grenze zu sein. Es gibt Ärzte, die deutlich mehr als 100 Patienten pro Tag „behandeln“, zumindest aber zu einem Kontakt empfangen müssen. Und alle diese Aktivitäten werden in der Regel von Gesprächen bestimmt. Und jeder Satz kostet Kraft, schließlich kann

er nicht einfach so daher geredet werden, nicht zuletzt bei entsprechend Bedürftigen.

Nun ist der Arztberuf nach wie vor begehrt. Man kann es verstehen, wenn man Film, Fernsehen und Romane heranzieht, die aus diesem Beruf schon etwas Besonderes machen (selbst wenn das Drehbuch erst einmal Dramatik verlangt). Doch die Realität sieht anders aus: Bis zu 20% der Patienten in einer Hausarzt-Praxis werden vom Arzt als schwierig eingestuft. Schwierig wegen ihrer Art, nicht wegen eines komplizierten Krankheitsbildes. Bei nur 50 Patienten pro Tag wären das bereits 10 „schwierige“ Patienten.

Verlaufen also diese Gespräche nicht konstruktiv, heißt das nicht nur frustrierte Ärzte, genervte Arzthelferinnen, gestresste Krankenschwestern, sondern auch unzufriedene Patienten mit „atmosphärischer Störung“ in Praxis oder Ambulanz. Vor allem aber Missverständnisse bei konkreten Therapie-Schritten. Und da liegen bekanntermaßen Welten zu Missverständnisse im sonstigen Alltag dazwischen.

Kurz: Es geht letztlich um die Kommunikation. Kommunikation vom Lateinischen: je nach Wortstamm „nicht alltäglich“, sondern auch „umgänglich“, „gleichstellend“, ja „leutselig“, bis hin zu „allen gemeinsam“ bzw. „Gemeinsinn“, heute vor allem im Sinne von „Verständigung“, „Austausch“, „Vermittlung von Wissen und Information“.

Wie entscheidend dieses Thema für Patienten ist, zeigt eine Untersuchung, bei der am häufigsten gewünscht werden: 1. Kommunikation, 2. Partnerschaft, 3. Gesundheitsförderung, 4. klinische Untersuchungen und 5. Medikamenten-Verschreibung. Wer meint, beim Arztbesuch seien die drei letzten die Wichtigste, muss offenbar umdenken. Bedeutsam ist also die – zusammengefasst – „partnerschaftliche Kommunikation“, das Übrige sollte sich gleichsam von selber ergeben.

Wo liegen nun aber die Probleme bzw. konkreten Konflikt-Ursachen für eine fehl-gelaufene Kommunikation zwischen Arzt und Patient? Dazu zitiert Joachim Sandner folgende „Stolpersteine“:

Konflikt-Ursachen

Fehlende Menschenkenntnis, mangelndes Einfühlungsvermögen, Fehlinterpretationen, Misstrauen, Vorurteile, Kampf um Macht, mangelnde konstruktive Kritik, ungenügende Kommunikationstechnik und Verständlichkeit, verzerrte Wahrnehmung, gemeinsames Ziel aus den Augen verloren, Vertrauensverlust, Besserwisserei, intellektuelle Defizite u. a.

Dazu kommt natürlich noch die mögliche Angst des Patienten vor der Diagnose und/oder Behandlung, dem Offenlegen von intimen Fakten, durch den Zeit-

druck, psychische Probleme/Krankheiten, die fehlende Vertrautheit (z. B. beim Erstkontakt), eingeschränkte Körpersprache, falsche Fragen, eine störende Gesprächs-Atmosphäre, das Nicht-Zuhören-Können, eine schlechte Stimmung oder den Leidensdruck. Alles nachvollziehbar, und laut Statistik wie folgt fixierbar:

Ungefähr 10% der Patienten machen mehr als die Hälfte aller Probleme in einer Arzt-Praxis aus.

Natürlich hat auch das Negative durchaus positive Seiten. Denn „schwierige“ Patienten sind nicht nur ein „Störfaktor“; durch sie lassen sich auch Erkenntnisse gewinnen und Erfahrungen sammeln, die im Umgang mit „einfachen“ Patienten durchaus nützlich sind.

Doch das setzt den schon mehrfach erwähnten Kenntnisstand voraus, den man erst einmal durch eine nüchterne (mitunter sogar etwas abwertend klingende) Einstufung gewinnen kann.

Was macht Patienten zu „schwierigen“ Patienten?

Der Kommunikations-Experte J. Sandner zitiert auch hier eine Reihe von Publikationen, die versuchen einer gestörten Kommunikation durch möglichst konkrete Typisierungen näher zu kommen (wobei man sich auch der Nachteile bewusst ist, die ein solches Vorgehen mit sich bringen kann, z. B. von der alltags-fernen Schematisierung bis zur Stigmatisierung).

Gleichwohl wird hier jeder Arzt gleich eine ganze Reihe von Kreuzchen in dieser Checkliste machen können.

So werden beispielsweise als „schwierig“ erlebt (erst einmal ohne Charakterisierung, Häufigkeit und Wertung):

Die Schnellebigen (z. B. Yuppies = Young Urban Professionals, Manager u. a.), die Aggressiven (aggressives Sprachverhalten), Vorwurfsvollen, die von Burn-out oder innerer Kündigung Betroffenen, die Schweigenden, Besserwisser, Depressiven, Hysterischen, Manischen, Stalker, Zwangsgestörten, Hypochonder, Älteren, Mitglieder des jeweils anderen Geschlechts, die emotional Gehemmten oder Enthemmten, die nicht Deutsch sprechen und unsere Gepflogenheiten nicht verstehen, die schlecht oder gar nicht hören, die Patienten, die über Regelungen des Gesundheitssystems, Sachzwänge und gesetzlichen Vorgaben nicht informiert, aber verärgert sind und sich z. T. dadurch verweigern, ferner die Misslaunigen, Unhöflichen und Ungeduldigen, denen man nichts recht machen kann, die mit (zu) hohen Erwartungshaltungen, mit Extrawünschen (manche Privatpatienten), die Leistungen erschleichen möchten gegen die Vorgaben der Krankenkasse, die Nicht-Kooperativen, die alles an-

zweifeln, die Patienten mit Halbwissen, die Therapie-Abbrecher, Internetnutzer, Doktor-Hopper, die chronisch Kranken, diejenigen, die meinen, sich alles erlauben zu können („Experten“ in eigener Sache, die dem Arzt Aufträge erteilen), die Vielfrager, Überkritischen, Skeptischen, Alkoholabhängigen, Drogenabhängigen, Medikamentenabhängigen, Mehrfachabhängigen, die Kranken, die trotz allem die notwendigen Untersuchungen ablehnen u.a.m.

Die Liste ließ sich deutlich verlängern. Sie enthält natürlich auch ein „unendliches Diskussions-, wenn nicht gar Streit-Potential“, nicht zuletzt zur Frage: Wer ist oder gilt nun als „schwierig“, aus welchen Gründen, zu welcher Zeit, in welcher (Not-)Situation, durch welche Bedingungen so „gemacht“ usw. Keine Frage: Zu jedem Beispiel dieser bewusst vereinfachenden Typologie könnte man ein halbes Buch pro und contra schreiben.

Darum geht es aber nicht, denn auch Vorurteile sind Urteile – und prägen die jeweilige Kommunikations-Situation. Auch kann es gar nicht im Sinne eines „vollen Wartezimmers sein“, solche „Verdachts-Diagnosen“ jeweils detailliert aufzurollen und entsprechend gesondert anzugehen. Es ist und bleibt erst einmal eine missliche Realität, die aus solchen Ursachen resultiert. Und sie führt zu entsprechende Reaktionen, konkret: seelischen bzw. psychosozialen Folgen im weitesten Sinne.

Beispiele: Stress, Hektik, Angst, fehlender Respekt, mangelnde Höflichkeit, und damit schlechte Erfahrungen, Unkenntnis, Überlastung, irritierende Reaktionen, lange Wartezeiten u. a. Kommen dazu noch unzureichende Sprachkenntnisse, drohen bereits im Voraus die bekannten Misslichkeiten – unnötig, aber häufiger Alltag.

Konsequenzen misslungener Kommunikation

Und wie sieht das Ergebnis aus? Der Leser denkt bei dieser Frage erst einmal an den Patienten. Der Kommunikations-Experte Joachim Sandner aber schlägt eine andere Seite auf, nämlich die Folgen für Praxis- oder Klinik-Team. Es ist nicht nur erlaubt, es ist geradezu zwingend auch diese Seite einzubeziehen, und zwar nicht nur um die Mitarbeiter zu ihrem Recht kommen zu lassen, sondern auch den Patienten durch ein nicht vergrämes Team zusätzlich zu belasten.

Denn die möglichen Konsequenzen für beide Seiten, d. h. für das medizinische Personal und damit auch für den Kranken, sind vielgestaltig:

Konsequenzen misslungener Kommunikation

- Motivation sinkt: Dienst nach Vorschrift droht.
- Hoher Zeitaufwand. Daraus resultierend: längere Wartezeiten für den Patienten.

- Negative Wirkung auf die Stimmung: Frustration auf beiden Seiten.
- Fehlzeiten und erhöhter Krankenstand bei den Mitarbeitern: Engpass in der Praxis-Organisation.
- Irritierte Patienten: auch diejenigen, die an dem „atmosphärischen Flurschaden“ gar nicht beteiligt sind.
- Höherer administrativer Aufwand für das Praxispersonal: von der sinnvollen Organisation bis zur ausufernden Bürokratie.
- Überlange Diskussionen mit dem verursachenden Patienten und jenen Kranken, die – zumindest zeitlich – mit betroffen sind.
- Schlechte Compliance, sprich Therapietreue im Allgemeinen und Medikamenten-Einnahme-Zuverlässigkeit im Speziellen.
- Fehlerhäufigkeit nimmt zu.
- Humor verlässt den Raum: eines der wichtigsten Indizien im Vorfeld vieler seelischer und einer Reihe organischer Krankheiten, aber auch im Team, wenn der „atmosphärische Überdruck“ steigt und sich kein entlastendes Überdruck-Ventil abzeichnet.
- Konsequenzen: Störungen des Betriebsablaufes, der Beziehungs-Ebene, Negativ-Image und damit Suche nach anderer Arztpraxis, Ambulanz, Klinik u. a. Burnout bei Mitarbeitern, schwindender Teamgeist, schlechtes Arbeitsklima, Vertrauensverlust u. a.

Die Ursachen für die drohende mangelhafte Kommunikation liegen natürlich auf beiden Seiten, doch die Hauptverantwortung bleibt beim Fach-Team. Hier müssen die entsprechenden Anzeichen erkannt und geeignete Maßnahmen ergriffen werden, um die Gesprächssituation wieder souverän zu gestalten, mahnt Joachim Sandner. Außerdem gilt es die medizinischen Störungsbilder zu erkennen und zu verstehen, einschließlich ihrer psychosozialen Konsequenzen. Vorsicht ist auch geboten, wenn dem Patienten ein „Stempel aufgedrückt“ und ihm damit eine „bestimmte Rolle“ zugewiesen wird.

Wie bei allen Klischees und Vorurteilen sind gedankliche Bilder von „schwierigen“ Patienten nur schwer in der eigenen Vorstellung korrigierbar, selbst bei gutem Willen. Denn sie färben die Wahrnehmung praktisch aller Kontakte mit dem Patienten und machen ein kritisches Hinterfragen der eigenen Aktionen und Reaktionen schwierig. Dadurch wird man aber dem (insbesondere kranken) Menschen nicht gerecht. Vor allem verbaut man sich selber die Sicht auf mögliche Lösungsansätze für eine gelungene Kommunikation.

J. Sandner macht auf Erfahrungs-Sätze aufmerksam:

- „Schwieriger“ Patient ist keine Diagnose.
- Es ist schwierig, einen einst „schwierigen“ Patienten später nicht mehr als schwierig zu empfinden.

In der Tat: Schwierig wird oft für Patienten (oder Angehörige!) reserviert, die in Auseinandersetzungen mit dem Personal geraten. Das reicht schon, zumindest für eine „Sofort-Einschätzung“. Schwierig kann aber auch ein Patient sein, der sich in die innere Emigration begibt, schweigt, alles an sich abperlen lässt, dadurch unnahbar, muffig, launisch, missgestimmt, arrogant, auf jeden Fall unkooperativ wirkt – wo es doch er ist, der etwas will.

Tatsächlich kann sich aber hinter dieser „unsympathischen Wesensart“ auch Angst, Sorge, Verzweiflung, ja Panik verbergen. Der Kontakt mit dem Arzt ist ja grundsätzlich ein belastendes Ereignis. Beim ersten Mal auf jeden Fall, danach immer wieder, sonst wäre der Arztbesuch ja nicht nötig. Das sind Situationen, in denen jedes Wort auf die Goldwaage gelegt wird, und zwar nicht nur vom Arzt selber, auch von seinen Mitarbeiterinnen.

Sind die Antworten mehrdeutig, zumindest aus der Sicht des Patienten, hat es Folgen. Sind die Antworten übertrieben vorsichtig, wird der verängstigte Patient noch misstrauischer. Gibt es das bekannte (und von Ärzten gefürchtete) Halb-Wissen aus den Medien, wird die Beziehung mehrschichtig belastend. Und wenn dann noch Wunschvorstellungen kommen, woher auch immer, die zwischen naiv, unrealistisch, überzogen oder gar vorwurfsvoll-anspruchsvoll pendeln, dann wird es auf jeden Fall eng.

Jetzt sollte man Zeit haben, viel Zeit (und Geduld und gute Nerven), um ganz von Anfang an zu erklären, warum es entweder im Allgemeinen generell oder im speziellen Fall gesondert so nicht geht. Und das bei vollem Wartezimmer und Druck von allen Seiten (siehe auch das Kapitel *Der schwierige Patient aus allgemein-medizinischer Sicht*).

Das steigt auch beim gestressten Arzt der Blutdruck, wenn ihm eine „autoritäre Arztpraxis“ vorgeworfen und ein „flexibles, hoch spezialisiertes Dienstleistungs-Unternehmen mit Zukunft“ empfohlen wird.

Grundlagen der Kommunikation

In seinem einleitenden Kapitel weist Joachim Sandner auch auf die Grundlagen der Kommunikation hin (aus dem lat.: *communicare* = teilen, mitteilen, teilnehmen lassen, gemeinsam machen, vereinigen u. a.). Damit eine Verständigung zwischen zwei oder mehr Personen möglich wird, muss der Sender einer Botschaft aktiv werden. Die dafür erforderlichen „Hilfsmittel“ sind:

Sprache, Ton, Schrift, Bild, Körperhaltung, Gestik (Bewegungen der Arme, Hände und des Kopfes) sowie Mimik (Bewegungen des Gesichts, im Speziellen die Sprache der Augen).

Nun wissen wir aber auch, dass Menschen auf gleicher Wellenlänge eher die Ausnahme sind. Oder wie antwortete schon Kurt Tucholsky auf die Frage, wie Menschen mit Menschen reden: „Aneinander vorbei“. Denn unsere Art, miteinander umzugehen, bietet Anlass für unzählige Missverständnisse. Das ist im Alltag so, das ist im medizinischen Alltag kaum besser, eher problembehafteter.

Der Kommunikations-Experte führt nun eine ganze Reihe von Tipps auf, die eigentlich selbstverständlich sind, im Praxis-Stress und damit irrtums-riskanter Alltags-Hektik jedoch nicht immer realisiert werden können. Dabei sind es oft nur Kleinigkeiten, die irritieren. Wissenschaftlich hört sich das dann so an:

- Für eine gelungene Kommunikation müssen Rahmenbedingungen erfüllt sein, wie: 1. Sender und Empfänger haben eine gemeinsame Sprache. 2. Der Sender hat eine relevante Information für den Empfänger. 3. Der Empfänger ist empfängsbereit. 4. Die Information/Nachricht ist vollständig. 5. Der professionelle Sender wird vielfach versuchen, eine Rückmeldung vom Empfänger zu erhalten. Dann kann er sicher sein, dass seine Nachricht angekommen ist. Oder er muss bei Bedarf die Nachricht nochmals senden bzw. kommentieren.

Das klingt einfach, ist es aber nicht: Sprechen kann fast jeder, reden die meisten, etwas sagen nur wenige.

Das akademische Wissen und die Gesetze, die einer gelungenen Kommunikation zugrunde liegen, nehmen stetig zu. Das Problem aber scheint ein anderes zu sein. Viele sind nämlich so sehr mit den Inhalten, d. h. den Informationen die sie vermitteln möchten, beschäftigt, dass andere Aspekte der Kommunikation zu kurz kommen.

Die wichtigsten Störquellen

Welches sind nun die wichtigsten Störquellen? Was jetzt kommt, mag banal klingen. Es ist aber Alltag, störender und damit folgenreicher Alltag. Wie sagen es die Wissenschaftler (aus ihrer Sicht vereinfacht)?

- Die Kommunikation wird erschwert, wenn die Nachricht den Empfänger nicht oder nicht vollständig erreichen kann. Beispiele: Wenn der Raum keine gute Atmosphäre bietet (Stichwort: Störgeräusche, Unterbrechungen durch andere, Telefonat u. a. – alles Alltag, aber wie!). Vielleicht wählt der Sender aber auch Worte, die der Empfänger nicht kennt (Fachsprache). Oder er spricht ein Thema an, das beim Gegenüber kein Interesse findet (bzw. abgelehrt wird, z. B. Genussgifte, Übergewicht, mangelnde körperliche Aktivität).

Kurz: Man muss den Patienten dort abholen, wo er steht. Nur wenn der Kranke eine Krankheits-Einsicht vermittelt bekommt, wird er therapiefähig sein.

Man muss also alles so auszudrücken versuchen, wie es dann verstanden (und umgesetzt) werden soll – auch wenn es mehr Mühe und Überlegung kostet. Einfach heißt aber keinesfalls simpel. Einfach heißt verständlich, gleichsam der Wellenlänge des Empfängers angepasst. Die richtige Wortwahl kann deshalb zum Markenzeichen eines guten Arztes werden.

– Nicht zu unterschätzen ist der mögliche Verlust von Teilen einer Information auf dem Weg vom Sender zum Empfänger – und umgekehrt. Denn jeder Mensch hat aufgrund seiner Herkunft, seiner Erfahrungen usw. eigene Verständnis-Filter. Sie können dazu führen, dass Nachrichten zwar zu 100% angekommen sind, aber nur zu einem gewissen Teil auf bereits bekannte Muster bezogen und damit überhaupt verstanden werden können.

Konkret heißt das: Man muss immer wieder nachfragen, ob es verstanden wurde; und durch Wiederholungen versuchen, das Verständnis zu festigen. Wissenschaftlich heißt das: aus Teil-Botschaften Komplett-Botschaften machen. Das geht vor allem durch offene Fragen (Wer – Wie – Was – Wann?). Sie fordern zur konkreten Stellungnahme auf. Geschlossene Fragen, die nur ein Ja/Nein oder „Ich weiß nicht“ auslösen, bringen kaum weiter.

Joachim Sandner zitiert hier den Verhaltensforscher Konrad Lorenz, dem folgender Ausspruch zugeschrieben wird:

Gesagt ist noch nicht gehört
 Gehört ist noch nicht verstanden
 Verstanden ist noch nicht einverstanden
 Einverstanden ist noch nicht angewendet
 Angewendet ist noch lange nicht beibehalten

Das kann jeder bestätigen. Ob es aber dann auch im Stress-Alltag praktiziert wird (z. B. werden kann), ist eine andere Frage. Es kann aber schon reichen, wenn man sich dieses Phänomens bewusst ist, um zwischen der Hektik dann doch wieder (einmal) zur bewährten und akzeptierten Strategie zu greifen (s. o.).

– Zu den *Grundrechten des Patienten* zählt der Kommunikations-Experte Joachim Sandner Folgendes:

– – Das *Recht auf einen respektvollen Umgang* ergibt sich von selber. Deshalb mögen Anreden wie „Du“, „Oma“ oder „Opa“ gar nicht despektierlich gemeint sein, sie sind trotzdem fehl am Platz und verletzen die Würde derjenigen, die Unterstützung benötigen.

- – Das *Recht auf umfassende Informationen* versteht sich ebenfalls von selber, einschließlich verständlicher Übersetzung.
- – Das *Recht auf Zeit-Management* enthält die situations-abhängige Wartezeit, sowie die Dauer des Arzt-Gesprächs. Hier kann allerdings der gute Wille des Arztes rasch an seine Grenzen stoßen. Beim Gespräch lautet die Empfehlung: möglichst nicht weniger als 10 Minuten.
- – Das *Recht auf Angemessenheit* bedeutet, dass der Patient den Inhalt der Arzt-Informationen nicht nur erhält, sondern auch behält (und im Einzelfall auch aushält, das wäre ein Kapitel für sich). Sonst bleibt die Information lediglich Selbstzweck und bringt dem Patienten wenig, wenn nicht gar Verwirrung.
- – Das *Recht auf „Unterhaltung“* mag erst einmal ungewöhnlich, ja unzumutbar wirken. Es hat aber einen durchaus pädagogischen Sinn, nämlich verstehen und damit erkennen, anerkennen (akzeptieren) und durchhalten. Das heißt konkret: Wenn irgend möglich wird der (sinnvolle) Einsatz von optischen Hilfsmitteln (z. B. einem Gelenkmodell) mehr Früchte tragen, als eine kleine Fach-Vorlesung. Und verbale Auflockerungen helfen bekanntlich dabei, die Zuhörer „einzufangen“ und ihre Aufmerksamkeit zu bündeln und schließlich zu erhalten. Davon leben die Entertainer, in verdünnter Form aber lässt sich das auch psychagogisch nutzen.
- – Das *Recht auf Dialog* bedeutet, dass Arzt und Arzthelferinnen, Krankenschwestern u. a. entsprechende Einwände, Anfragen und Kommentare zulassen und in angemessener Weise darauf eingehen sollten. Wenn ein Patient sich „entäußern“ kann, dann wird es seine Bedenken, Befürchtungen und Sorgen eher neutralisieren, zumindest aber mildern. Auch das wäre wieder therapie-strategisch zweckmäßig und durch wenige Sätze oder Fragen „günstig“ zu erwerben.
- – Das *Recht auf Mitdenken* wird nicht nur als Recht, sondern als Voraussetzung, Bedingungen, „Bring-Schuld“ vom Arzt gefordert. Dabei gilt es aber zu bedenken: Wichtiges Element eines guten Gesprächs sind die Pausen. Bewusst eingesetzte Pause im Redefluss sind die Inseln, auf die sich ein in der Fakten-Flut ertrinkender Patient zurückziehen kann. Deshalb sind auch Empfehlungen am Gesprächs-Schluss zu wiederholen und eventuell schriftlich (z. B. Dosierung) mitzugeben. Wie das allerdings mit dem schmalen Zeit-Budget in der alltäglichen Praxis-Hektik zu vereinbaren ist, muss oft eine ungelöste Frage bleiben.

Trotzdem: Kleine Pause im eigenen Redefluss nach Kern-Aussagen und auch bewusst eingesetzte mehrfache Nennung von Informationen („ich betone das ausdrücklich“) ermöglichen das Verarbeiten des Gehörten und Gesehenen. Der Patient hat das Recht, nicht nur mitdenken zu dürfen, er muss auch „geistig kauen“, um anschließend besser verdauen können, vor allem wenn die Brocken zu groß sind. Und die Brocken sind für praktisch jeden verunsicherten

und besorgten Kranken groß, auch wenn sie dem Arzt pro Tag Dutzend Mal über die Lippen (und natürlich nicht mehr ans eigene Innere) gehen.

Rahmenbedingungen für ein erfolgreiches Gespräch

Um das Gespräch und damit die gesamte Beziehung Therapeut/Patient erfolgreich zu gestalten, muss man zunächst wissen, was sich der Patient wünscht. Der Kommunikations-Experte Joachim Sandner zitiert eine Studie, die die wichtigsten Kriterien herausgearbeitet hat, weshalb sich ein Patient eine bestimmte Praxis und dessen/deren Therapeuten auswählt. Als häufigste Gründe werden angegeben (Mehrfach-Nennungen möglich):

Die Persönlichkeit des Arztes (55%), kürzere Wartezeiten (53%), längere Aussprache (51%), die Qualifikation des Arztes (46%) sowie Empfehlungen durch andere (44%).

Über die Hälfte der befragten Patienten räumt also der Ausstrahlung der ärztlichen Persönlichkeit und den intensiveren, längeren Gesprächen eine maßgebliche Rolle ein. Beides rangiert vor Titeln und reflektierter Qualifikation des Arztes. Das unterstreicht die große Bedeutung der Kommunikation für die Patienten-Bindung und den Erfolg ärztlicher Tätigkeit.

Von welchen konkreten Patienten-Wünschen ist also auszugehen, fragt J. Sandner. Seine Empfehlung:

Verständliche Sprache, Wahrnehmen von verbalen und non-verbalen Signalen, angemessene Sprachgeschwindigkeit und bewusste Wiederholungen, Zuhören können, Erklärungen zu diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen sowie Offenheit und damit Aufbau von Vertrauen.

Im Weiteren die allgemeinverständliche Darstellung von Risiken/Nebenwirkungen und damit ein gemeinsames Abwägen, klare Empfehlungen und Einschätzungen, gegenseitige Wertschätzung, Empathie, überzeugen und nicht überreden, konkrete Vereinbarungen treffen, würdevoller Umgang und Pietät.

Eine professioneller, vor allem patienten-orientierter Umgang sollte sich also auszeichnen durch:

- Zielgerichtete Leistungen der Arzthelferinnen/Krankenschwestern und anderer Mitarbeiter; Verhandlungsgeschick im Umgang mit „schwierigen“ Patienten, angenehme Tonlage, ausreichende Lautstärke, klare Wortwahl, Wiederholung(en), offene Fragen, verständliche Rede-Geschwindigkeit.
- Vorbildliche Leistungen des Therapeuten: Zeit nehmen, Sprachauswahl (bildhaft gesprochen: mit dem Kopf des Patienten denken und argumentieren),

natürlich angemessene Diagnostik und Therapie, die dem wissenschaftlichen Stand entspricht.

- Motivation durch Formulierung von erreichbaren Zielen.
- Dialog-Orientierung, sprich: Fachliches kompetent, aber auch allgemeinverständlich und um eine nachvollziehbare „Übersetzung“ aus der Fachsprache in das allgemeine Verständnis bemüht.
- Herausragendes Netzwerk zu anderen Fachvertretern und Kliniken und damit schnelleren Informationsfluss für alle Beteiligten.
- Kompetenz, wobei das Praxis-Team/Stations-Team als Gemeinschaft auftreten muss.
- Vorbeugen-Helfen-Lindern-Heilen–Prinzip steht im Vordergrund.
- Hohe Reputation von Praxis/Klinik.
- Eigen-/Fremdbild der medizinischen Einrichtung sind stimmig.
- Patienten-Abende zu medizinischen Themen (bei Bedarf und unter Berücksichtigung der schon erwähnten Aspekte: allgemeinverständlich, Fragen und Diskussion nicht nur zugelassen, sondern erwünscht, ggf. weiterführende Informationen durch Flyer, Broschüren u. a.).
- Hausbesuche (je nach Fachrichtung).
- Wenn erforderlich: Erinnerungsschreiben an Patienten (Förderung der Therapietreue bzw. Einnahmезuverlässigkeit).
- Compliance-Kontrolle (siehe oben): Einnahme-Zuverlässigkeit der verordneten Medikamente.
- Glaubwürdiger und professioneller Umgang mit Beschwerden von Patienten und Angehörigen. Das fällt zwar nicht leicht, muss aber unter den besonderen Bedingungen der jeweiligen Kranken-Situation gesehen werden. Beispiele: Sorgen, Ängste, nicht zuletzt durch Empfehlungen, Erfahrungen oder gar Warnungen durch andere, Einfluss der Medien, problemloser Zugang zu nicht nur unprofessionellen, sondern durchaus auch fachlich qualifizierten Internet-Angeboten u. a.
- Medizinische Fachkräfte sind zum Thema „Kommunikation mit Patienten“ bereit und geschult.

Das Phänomen der Atmosphäre

Das sind zwar nicht wenige Überlegungen, aber bei weitem nicht alle. So empfiehlt J. Sandner auch auf die Atmosphäre einer Praxis/Ambulanz/Klinik zu achten, damit sich der Patient soweit wohl fühlen kann, wie es seine Krankheit zulässt. Dabei soll auf folgende Punkte im Gesprächs-Umfeld besonders geachtet werden:

- Atmosphäre beim Betreten der Praxis/Ambulanz/Klinik
- Gesprächs-Atmosphäre gleich am Empfang
- Atmosphäre im Wartezimmer
- Atmosphäre im Arztzimmer/Untersuchungsraum
- Gesprächs-Atmosphäre Patient-Arzt
- Verabschiedungs-Atmosphäre

Atmosphäre, ein dehnbare Begriff. Früher auch als Fluidum bezeichnet, d. h. besondere Ausstrahlung bzw. atmosphärisches Wirken eines Menschen, einer Umgebung oder Situation. Ein Aspekt, der in unserer (hektischen) Zeit und (getriebenen) Gesellschaft leicht unter die Räder zu geraten droht. Denn die Gestaltung und Erhaltung einer Atmosphäre kostet Zeit, Kraft, vor allem den nicht nachlassenden Willen, dieses Fluidum auch durchzuhalten, d. h. trotz aller Misslichkeiten nicht zu erlahmen.

Wie bedeutsam das ist, zeigt die andere Seite: die marketing-orientierte Atmosphäre im Verkauf von Produkten aller Art, also von der Dienstleistung bis zur Ware. Dort weiß man schon längst (und richtet sich danach), dass Qualität und Preis oft vergleichbar sind. Ob der Kunde oder Klient nun hier oder da zugreift, entscheidet also oft die atmosphärisch positionierte Attraktivität des jeweiligen Angebots. Übrigens nicht umsonst, wie jeder bei objektiver Beobachtung (auch an sich selber) registrieren kann.

Ist das in Praxis, Ambulanz oder Klinik anders? Früher legte man darauf weniger Wert. Früher dominierte sogar bisweilen das Gegenteil: nüchtern, rein zweckbestimmt, bisweilen kahl bis zweckgerichtet unterkühlt – und zwar nicht nur das gegenständliche, sondern auch das psychosoziale Umfeld. Früher meinte man, die reine Leistung sei alles, der Rest verzichtbar, wenn nicht gar nicht-standesgemäß, was die Medizin anbelangt.

Das hat sich geändert und darf auch ruhig als positive Entwicklung interpretiert, gestanden und offeriert werden, empfiehlt der Kommunikations-Experte Joachim Sandner. Denn wenn eine entsprechende Atmosphäre eher einschüchtert, verängstigt, zumindest aber verunsichert, dann vermittelt sie keinen diagnostischen Vorteil und ist therapeutisch sogar kontraproduktiv. Ist die angebotene(!) Atmosphäre eher neutral zu nennen, mag es angehen. Ist sie

positiv, fühlt sich der Patient vielleicht sogar wohl (trotz Krankheit und jeweiligen Belastungen), dann ist sie nicht nur „wohl-gesonnen“, sondern seelisch, psychosozial, psychosomatisch und sogar rein körperlich stabilisierend.

Das kann jeder bestätigen, der selber einmal in einer solchen Situation war. Medizinische Leistung ist das eine, atmosphärisch wohltuendes Umfeld das andere. Beides schließt sich nicht aus, sondern ergänzt sich konstruktiv.

Die Stellung der Arzthelferin

Nun wenden nicht wenige Ärzte aber ein, dass sie unter ganz erheblichem Zeit-Druck stehen, derzeit mehr denn je (Arztmangel, besonders in unterversorgten Regionen). Sie seien froh, wenn sie ihr ständig wachsendes Arbeitspensum geschafft bekämen. Eine wohltuende Atmosphäre sei zwar kein „Firlefanz“, aber schlichtweg zusätzlich nicht leistbar, besonders nach dem 50. oder gar 100. Patienten pro Tag. So etwas brauche nicht nur eine gewisse Kreativität, sondern auch fruchtbare Gelassenheit. Und die schmelze unter dem Stress des Alltags wie Butter auf einer heißen Kartoffel.

Das ist leider richtig, nachvollziehbar, in vielen Fällen kaum änderbar. Was tun? Bzw. konkreter: wer sollte hier etwas tun?

Die Antwort liegt nahe. Wie J. Sandner die Erkenntnisse von Alltag und Wissenschaft zusammenfasst, kommt der Arzthelferin bzw. anderen Ansprechpartnern aus dem Praxis-, Ambulanz- oder Klinik-Team eine besondere Bedeutung zu. Sie ist ohnehin in der Regel die erste Kontaktstelle, was früher mit der originellen, aber durchaus zutreffenden Empfehlung kolportiert wurde: die netteste Nonne an die Klosterpforte.

Denn bevor das ärztliche Gespräch beginnt, erlebt der Patient in der Regel mindestens ein Gespräch mit einer Arzthelferin oder Klinikschwester. Wichtig: Der erste Eindruck entscheidet – und der letzte bleibt (im Gedächtnis).

Während nun die Arzthelferin bei diesem Kontakt sicherlich Wert darauf legt, die wichtigsten Daten und Fakten des Patienten zu bekommen und/oder zu überprüfen, wird der Patient Wert darauf legen, richtig angesprochen und erst recht richtig verstanden zu werden. Beispiele: schneller Termin, Vollständigkeit seiner Wünsche, korrekte Wiedergabe seiner persönlich relevanten Daten, Discretion u. a. Alles nachvollziehbar – aus seiner(!) Sicht.

Damit sind diese Aktivitäten zwar der erste Wegbereiter für ein nachfolgendes ärztliches Gespräch in guter Atmosphäre und mit Erfolg für beide Seiten. Oder anders formuliert: Die Arzt-Patient-Vertrauensbasis kann in der Praxis wesentlich durch die Mitarbeiterinnen verstärkt oder abgeschwächt werden. Allerdings registriert auch jeder wohl gesonnene und gutwillige Patient bei praktisch jedem Arzt-Besuch, was von den Arzthelferinnen und Ambulanz-Schwestern

alles verlangt wird: Tag für Tag, Stunde für Stunde, Patient für Patient – von der zermürbenden Last bürokratischer (Über-)Forderung ganz zu schweigen (Seufzer: „Papierkram ohne Ende“).

Gleichwohl bleibt aus der Sicht des Patienten bzw. der Kommunikations-Experten: Gerade bei mehreren und längeren Aufenthalten in der Praxis oder Ambulanz bzw. Klinik haben die Patienten ja die Möglichkeit, eine Einrichtung und ihr Fachpersonal besser kennen zu lernen. Somit besteht auch die Möglichkeit, dass nicht nur der Umgang mit der eigenen Person beurteilt, sondern auch generelle Urteile zu einer Praxis, Station oder Klinik an Dritte weitergegeben werden, so J. Sandner.

Das erfolgreiche Gespräch trägt also trotz aller Stress-Belastungen maßgeblich dazu bei, die Patienten-Bindung und Therapietreue zu fördern und zu festigen. Unfreundliche, lückenhafte Organisation, unverhältnismäßige Wartezeiten (ohne nachvollziehbare Erklärung) drohen die so genannten Compliance zu unterhöhlen.

Nun wird man vielleicht einwenden: Der Patient muss doch bei der üblichen Hektik in solchen Einrichtungen sehen und verstehen, akzeptieren und vielleicht sogar durch eigene Unterstützung mildern helfen, dass alle seine (atmosphärischen) Wünsche halt nicht immer erfüllbar sind. Das mag in einem gar nicht so geringen Prozentsatz der Fälle zutreffen, zumindest auf einige Minuspunkte bezogen. Man darf aber nicht vergessen: Die meisten (End-)Urteile setzen sich aus einem unbewussten Konglomerat von Gesehenem, Empfundem, Erlittenem u. ä. zusammen. Und so geben sich auch die meisten Menschen keine Rechenschaft darüber ab, warum sie so oder so urteilen. Ein rational gelenktes Meinungsbild dürfte eher selten sein, besonders unter der Last einer Krankheit, und damit Schwäche und Hilfsbedürftigkeit. Man urteilt „aus dem Bauch heraus“.

Das aber ist eine schwer kalkulierbare Situation, die einmal negativ eingefärbt, kaum mehr aufzuhellen ist. Kurz: Es lohnt sich bereits im Voraus auf solche (Fehl-)Entwicklungen einzugehen, Rücksicht zu nehmen, sich notfalls auch einmal auf die Zunge zu beißen.

Überdurchschnittlich erfolgreiche Praxen/Kliniken überprüfen und trainieren daher in regelmäßigen Abständen (mindestens ein- bis zweimal pro Jahr) ihr Leistungs-Angebot, ihre Strukturen und Abläufe innerhalb des Fach-Teams und achten darauf, nicht betriebs-blind zu werden, erklärt der Kommunikations-Experte J. Sandner von FORTHE in Bonn.

Konkrete Empfehlungen für das Patienten-Beziehungs-Management

Deshalb empfiehlt sich immer wieder eine Standort-Bestimmung, um das Verbesserung-Potential nicht aus den Augen zu verlieren. Dafür haben die Ex-

perten nachfolgende Checkliste erarbeitet. Sie sollte möglichst nicht aus eigener Sicht, sondern derjenigen des Patienten durchgegangen werden. Das lässt sich natürlich nicht lückenlos praktizieren, am besten man befragt einige zwar wohlwollend gesonnene, aber durchaus kritische Stamm-Patienten. In dem Praxishandbuch *GESPRÄCHS-ART – Der „schwierige Patient“* von Professor Dr. Volker Faust und Kommunikations-Experte Joachim Sandner findet sich eine Reihe von praxisrelevanten Fragen in Tabellen-Form (erfüllt – noch nicht erfüllt), die hier nur auszugsweise wiedergegeben werden können. Dazu gehören beispielsweise:

Gute telefonische Erreichbarkeit (ohne lange Warteschleifen, auch mit Musik...), praktische Öffnungszeiten, ausreichend Parkplätze (auch für ältere und behinderte Patienten), keine Barrieren auf dem Weg in die Praxis, Namensschilder (ggf. mehr als „nötig“, siehe die wachsende Klientel der älteren Mitbürger), vielleicht sogar auf den Treppenhäusern und Fluren Bilder jener Mitarbeiterinnen und Therapeuten, die den Patienten gleich in Empfang nehmen werden (diesen Wiedererkennungseffekt sollte man nicht unterschätzen).

Ferner angemessene Berufskleidung ohne modische Extravaganzen (Vorsicht: Die Entscheidung trifft nicht die junge Generation, sondern die Älteren, die die wachsende „Kundschaft“ repräsentieren). Dazu einfache Anmelde-Formalitäten, möglichst einhaltbare Termine und kurze Wartezeiten (maximal 15 Minuten?). Zur Überbrückung der Wartezeit aktuelle Zeitschriften, ggf. Bildbände oder Bücher, neuerdings auch medizinische Videos usw.

Schließlich reibungslose Organisation, helle Lichtverhältnisse (hell = Orientierung, Stimmung), gute Raumlufth (verbrauchte Luft macht müde und missgestimmt), harmonische Wand-Dekorationen(en), eindeutige und gut lesbare Hinweisschilder (Labor, Toilette, Garderobe), möglichst wenig Blick-Barrieren usw.

Kurz: Warte- und Untersuchungs-/Sprechzimmer mit ansprechender Ausstattung, d. h. freundliche Atmosphäre, die signalisiert: Ihr seid meine Gäste, auch ich lebe hier als Arzt und Mensch gerne.

Im Weiteren: Patienten werden (bei Bedarf) zu den Plätzen und Räumen persönlich geführt (z. B. Ältere, Behinderte). Vielleicht sogar vom Arzt persönlich vom Wartezimmer abgeholt (nebenbei informativ für den ersten diagnostischen Blick). Dann Zeit nehmen, ruhige Gesprächs-Atmosphäre, keine Unterbrechungen oder Störungen. Blickkontakt, freundliches, echtes Lächeln (Augen!), zuhören, ausreden lassen, deutlich sprechen, „mit dem Kopf des Patienten mitdenken“, verständliche, bildhafte Sprache, ruhig, sachlich reagieren, d. h. freundlich, höflich, verständnisvoll, hilfsbereit (Therapeut und Team).

Moderne und patienten-gerechte sanitäre Einrichtungen, Sauberkeit in allen Räumen (auch im Treppenhaus!), Merkblätter für Patienten zu entsprechenden Krankheiten (allgemeinverständlich). Ggf. Patienten-Fragenbogen, die in

Ruhe im Wartezimmer durchgegangen und ausgefüllt werden können (strukturierte Vorab-Information für den Arzt).

Kommunikations-psychologisch empfiehlt der Experte Joachim Sandner für ein erfolgreiches Arzt-Patient-Gespräch, und zwar trotz kräfte-zehrender Praxis-Hektik und demotivierendem Bürokratismus: Ich kenne die Grundlagen (aber auch Tretminen) der Kommunikation. Es macht mir Spaß zu kommunizieren. Ich wende diese Erkenntnisse mit Neugier und Freude an. Ich spreche mein Gegenüber mit Namen an. Ich suche nach Gemeinsamkeiten. Der erste Eindruck entscheidet, der letzte bleibt (Gesprächs-Eröffnung und -Ende). Ich kann mit Störungen und Krisen in der Kommunikation professionell umgehen oder sie lösen. Das, was ich sage und was ich körpersprachlich bewusst(!) mache, ist deckungsgleich. Was ich sage, setze ich verlässlich und nachvollziehbar um. Ich bemühe mich um die passenden Worte auf dem „richtigen Kanal“ und versuche durch eine gezielte Frage gleich die Rückmeldung mit einzubauen.

Erfolgreiche Kommunikation – so Joachim Sandner – heißt nicht nur fachlich auf der Höhe zu sein. Es gilt auch jene Aspekte zu berücksichtigen, die vielleicht Jüngere in der Hektik des Praxis-Alltags untergehen sehen und Ältere als (für sie) nicht mehr relevant erachten. Das kann Folgen haben, negative, und zwar nicht nur für die Kommunikation und damit den Patienten, auch für den Therapeuten. Es darf die Frage diskutiert werden: Geht dem Arzt, aber auch seinen Mitarbeiterinnen dann etwas ab, beispielsweise Freude am Beruf, Wohlfühl, Selbstbestätigung, Erfolg?

Es kann also nicht falsch sein, sich immer mal wieder an Erkenntnisse zu erinnern (lassen), die da lauten:

Mimik (unverkrampft), Gestik (bewusst konstruktiv eingesetzt), Blickkontakt (wenn möglich auf Augenhöhe, also nicht nur psychologisch gemeint, sondern auch stehend beim stehenden Patienten), Ausgeglichenheit (gut gelaunt), Artikulation (ohne „gekünstelte“ Sprache bzw. ausschließliche Fach-Terminologie), Hörbarkeit (ohne arrogant wirkende Lautstärke, zu leise oder zu laut), Höflichkeit und Respekt (letztlich kann man nur Höflichkeit erwarten, wenn man selber höflich ist und Respekt, wenn man dem anderen Respekt zollt; das im Augenblick gelebte Vorbild bringt den anderen unter positiven Zugzwang, selbst wenn man ihn erst darauf hinweisen muss).

Schlussfolgerung

Kranke sind keine „funktions-gestörten Objekte“; sie erfordern auch den Blick auf ihre emotionale Verfassung. Sie brauchen mehr als nur objektive Diagnostik und evidenz-basierte Therapie. Berücksichtigt dies der Arzt, ist er nicht nur „Mediziner“, sondern beherrscht auch die „Kunst des Heilens“, wie sie schon vor 2.500 Jahren die alten Griechen empfahlen.

Ein zufriedener, vielleicht sogar begeisterter Patient ist in jeder Hinsicht ein Gewinn für die Praxis, Ambulanz oder Klinik. Wer ist schon gerne krank. Aber wer nun halt krank ist, der fühlt sich auch gerne gut versorgt. Und wenn er zufrieden ist, wird er langfristig der Praxis erhalten bleiben. Er leistet gleichsam kostenlose Werbung, in dem er Empfehlungs-Marketing betreibt.

Und wichtig: Eine solche medizinische Institution ist nicht nur ein Segen für den Patienten, seine Wünsche, Bedürfnisse und Erwartungen, das Gleiche gilt auch für die therapeutische Seite. Wer eine gute Rückmeldung bekommt (weil er sie sich erarbeitet und verdient hat), ist auch gerne wieder jeden Tag unter noch so „kräfte-zehrenden“ Bedingungen mit vielleicht „schwierigen“ Patienten bereit, seinen Beitrag zu leisten, schließt Joachim Sandner von FORTHE – Kommunikation im Gesundheitswesen in Bonn, seine interessanten Empfehlungen in dem Praxishandbuch *GESPRÄCHS-ART: Der „schwierige“ Patient*.

LITERATUR

Reichhaltiges Informations-Angebot, sowohl in Fachzeitschriften als auch Monographien und Sammelbänden, vor allem im Verlauf der letzten zwei Jahrzehnte.

Grundlage vorliegender Ausführungen mit entsprechendem Literatur-Angebot ist das Praxishandbuch

Faust, V., J. Sandner: Gesprächs-Art: Der „schwierige Patient“. Edition FORTHE, Bonn 2010

Eine Auswahl deutschsprachiger Fachbücher zu diesem Thema findet sich nachfolgender Übersicht von Joachim Sandner, entnommen dem erwähnten Buch.

Die schwierige Patient-Therapeut-Beziehung – eine Übersicht*

Adair, John: **Effective Communication**. London, 2009

Adler, Alfred: **Menschenkenntnis**. Frankfurt, 1966

Antonovsky, Aaron: **Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit**. Tübingen, 1997

Austien, John L.: **Zur Theorie der Sprechakte**. Stuttgart, 1979

Bachmair, Sabine: **Beraten will gelernt sein**. München, 1989

Bachmair, Sabine: **Beraten will gelernt sein**. Weinheim, 2001

Bartens, Werner: **Sprechstunde**. München, 2008

Beck, Klaus: **Kommunikationswissenschaft**. Konstanz, 2007

Becker, Thomas et al. (Hrsg.): **Rehabilitation bei schizophrenen Erkrankungen**. Köln, 2007

Belardi, Nando et al.: **Beratung. Eine sozialpädagogische Einführung**. Weinheim, 1996

Beltz, von, Siegmund Saul: **Führen durch Kommunikation**. Weinheim-Basel, 1996

Benien, Karl: **Beratung in Aktion**. Hamburg, 2002

Benien, Karl: **Schwierige Gespräche führen**. Hamburg, 2003

Berdorf, Klaus: **Götter, Kranke und Gelehrte – Das komplizierte Verhältnis von Ärzten und Patienten**. In: Konrad Adenauer-Stiftung (Hrsg.): **Arzt und Patient**. Freiburg 2006

Berry, Leonard L. et al.: **Management Lessons from Mayo Clinic**. New York-Chicago-San Francisco, 2008

Beutel, Manfred: **Bewältigungsprozesse bei chronischen Erkrankungen**. Weinheim, 1988

Birkenbihl, Vera F.: **Rhetorik**. München, 2004

Bliesener, Thomas: **Gesprächskrisen**. Opladen, 1984

Bliesener, Thomas: **Die ärztliche Visite - Chance zum Gespräch**. Opladen, 1986

Bochnik, H.-J., Gärtner-Huth, C., Richtberg, W.: **Schwierige Ärzte - Schwierige Patienten**. Köln, 1986

Böhm, Andreas: **Patienten im Krankenhaus**. Wiesbaden, 1993

Borde, Theda et al. (Hrsg.): **Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund**. Frankfurt, 2005

Bruns, Christa et al.: **Kommunikation im Krankenhaus**. Köln, 2000

Bryan, Richard A. et al.: **Handling Difficult Patients**. Marblehead, 2004

Bucka-Lassen, Edlef: **Das schwere Gespräch**. Köln, 2005

Burkart, Roland: **Kommunikationswissenschaft**. Wien-Köln-Weimar, 2002

Carnegie, Dale: **Besser miteinander reden**. Bern-München-Wien, 1996

Cecchin, Gianfranco et al.: **Respektlosigkeit**. Heidelberg, 1996

Conrady, Helene et al.: **E-Mail-Kommunikation**. Offenbach, 2004

Crystal, David: **Die Cambridge Enzyklopädie der Sprache**. Köln, 1998

Czypionka, Stefan: **Umgang mit schwierigen Partnern**. Frankfurt/M., 2003

Dahmer, Hella, Dahmer, Jürgen: **Gesprächsführung**. Stuttgart, 2003

Dierks, M.-L., Haase, I., Schwartz, F.-W.: **Patientenbedürfnisse im Gesundheitswesen**. Sankt Augustin, 1995

- Dorfmueller, Monika (Hrsg.): **Die ärztliche Sprechstunde: Arzt, Patient und Angehörige im Gespräch.** Landsberg/Lech, 2001
- Dorfmueller, Monika: **Das ärztliche Gespräch aus medizin-psychologischer Sicht.** In: Die ärztliche Sprechstunde: Arzt, Patient und Angehörige im Gespräch. Landsberg/Lech, 2001
- Dyckhoff, Katja et al.: **Stimme: Instrument des Erfolgs.** Berlin-Regensburg, 2004
- Ehlers, Svenja: **Psychosoziale Beratungsgespräche.** München-Jena, 2003
- Ehler, Ulrike: **Psychologie im Krankenhaus.** Bern, 1998
- Eichhorn, Martin: **Gewaltprävention in der Arzt-Praxis.** Köln, 2009
- Elger, Christian E.: **Neuroleadership.** Plannegg/München, 2009
- Emanuel, J. E., L. L. Emanuel: **Vier Modelle der Arzt-Patient-Beziehung.** In: U. Wiesing (Hrsg.): Ethik in der Medizin, Stuttgart, 2000
- Engelhardt, Dietrich von (Hrsg.): **Ethik im Alltag der Medizin.** Heidelberg, 1989
- Enkelmann, Nikolaus B.: **Die Sprache des Erfolgs.** Wien, 2007
- Etrillard, Stéphane: **Kleine Katastrophenkunde.** Paderborn, 2005
- Finke, Jobst: **Empathie und Interaktion.** Stuttgart-New York, 1994
- Flammer, August: **Einführung in die Gesprächspsychologie.** Bern, 1997
- Francken, G: **Dr. Ich – Wie mündige Patienten sich im Medizinbetrieb behaupten und die optimale Behandlung finden.** Stuttgart, 2010
- Freudenthaler, Ingeborg: **Der zufriedene Patient.** Berlin-Heidelberg, 2002
- Friesen, Hans et al. (Hrsg.): **Angewandte Ethik im Spannungsfeld von Begründung und Anwendung.** Frankfurt-New York, 2004
- Gadamer, Hans-Georg: **Über die Verborgenheit der Gesundheit.** Frankfurt, 1993
- Gehring, Petra (Hrsg.): **Tod und Sterben im 21. Jahrhundert.** Darmstadt, 2007
- Geisler, Linus: **Arzt und Patient – Begegnung im Gespräch.** Frankfurt/M., 2002
- Gehm, Theo: **Kommunikation im Beruf.** Weinheim und Basel, 1999
- Grahmann, Reinhard et al.: **Konflikte im Krankenhaus.** Bern, 2002
- Grönemeyer, Dietrich: **Mensch bleiben.** Freiburg im Breisgau, 2003
- Härter, Martin et al. (Hrsg.): **Gemeinsam entscheiden – erfolgreich behandeln.** Köln, 2005
- Haeske, Udo: **Kommunikation mit Kunden.** Berlin, 2004
- Hartkemeyer, Martina et al.: **Miteinander Denken – das Geheimnis des Dialogs.** Stuttgart, 2001
- Harvard BusinessSchool (Hrsg.): **Face-To-Face Communications.** Boston, 2004
- Heritage, John et al.: **Communication in Medical Care.** Cambridge, 2006
- Herrmann, Klaus: **Arzt-Eltern-Gespräche. Vom schwierigen Dialog mit den Eltern kranker Kinder.** Stuttgart, 1999
- Herzog, Beatrice: **Arzt-Patient-Kommunikation.** Saarbrücken, 2007
- Hinrich, Christian: **Onlineberatung. Einführung zu einem neu erschlossenen Feld der sozialen Arbeit.** Chemnitz, 2003
- Hooberman, Robert E. et al.: **Managing the difficult patient.** Madison, 1998
- Janssen, Ludwig: **Auf der virtuellen Couch.** Bonn, 1998
- Jeismann, Karl-Ernst et al. (Hrsg.): **Wort und Sinn.** Paderborn, 1968
- Klinger, Michael et al.: **Der begeisterte Patient.** Wien, 2002

- Kielholz, Paul, Adams, Carlo: **Der alte Mensch als Patient**. Köln-Lövenich, 1986
- Kirschning, Silke: **Brustkrebs. Der Diagnoseprozess und die laute Sprachlosigkeit der Medizin**. Leverkusen, 2001
- Knigge, Moritz Freiherr von: **Spielregeln**. Bergisch-Gladbach, 2006
- Konrad-Adenauer-Stiftung e.V.: **Arzt und Patient: Beiträge des Symposiums vom 15.-18.9.2005 in Cadenabbia**. Freiburg im Breisgau, 2006
- Kowarowsky, Gert: **Der schwierige Patient**. Stuttgart, 2005
- Kutscher, Patric P., Seßler, Helmut: **Kommunikation – Erfolgsfaktor in der Medizin**. Heidelberg, 2007
- Lang, Erich, Arnold, Klaus: **Die Arzt-Patient-Beziehung im Wandel**. Stuttgart, 1996
- Langer, Inghard et al.: **Sich verständlich ausdrücken**. München-Basel, 2002
- Langer, Inghard et al.: **Jugendliche begleiten und beraten**. München-Basel, 2005
- Langer, Torsten et al. (Hrsg.): **Das Arzt-Patient – Patient-Arzt Gespräch: Ein Leitfaden für Klinik und Praxis**. München, 2009
- Lay, Rupert: **Führen durch das Wort**. München, 1999
- Linkemer, Bobby: **Der professionelle Umgang mit schwierigen Menschen**. Landsberg/Lech, 2000
- List, Karl-Heinz: **Einfach gut formulieren**. Nürnberg, 2007
- Lotz, Norbert W.: **Das innere Selbstgespräch oder wie Sie Ihre Gefühle und Verhaltensweisen wirksam beeinflussen können**. Eschborn, 2002
- Lown, Bernard: **Die verlorene Kunst des Heilens**. Stuttgart-New York, 2002
- Luban-Plozza, Boris et al.: **Der Arzt als Arznei**. Köln, 1990
- Männel, Jessica et al.: **Chaos im Krankenhaus; So kommen Sie heil aus der Klinik**. Hamburg, 2002
- Maletzke, Gerhard: **Kommunikationswissenschaft im Überblick**. Opladen, Wiesbaden, 1998
- Martinez, Helmut: **Sprache und Sprechen**. Wien, 2006
- Meggler, Georg: **Grundbegriffe der Kommunikation**. Berlin-New York, 1981
- Merten, Klaus: **Einführung in die Kommunikationswissenschaft**. Münster-Hamburg-London, 1999
- Miller, William R. et al.: **Motivierende Gesprächsführung**. Freiburg, 2005
- Molcho, Samy: **Körpersprache**. München, 1998
- Mommert-Jauch, Petra: **Körperwahrnehmung und Schmerzbewältigung im Alltag**. Berlin-Heidelberg-New York 2000
- Müller, Meike: **Der starke Auftritt**. Eichborn, 2002
- Müller, Ulrich, Schuh, Horst: **Denken, Reden, Überzeugen**. Rottweil, 1980
- Osborne, Christina: **Dealing with difficult people**. London, 2001
- Owen, Jo: **How to influence**. Dorchester, 2010
- Ploil, Eleonore O.: **Psychosoziale Online-Beratung**. München-Basel, 2009
- Plassmann, Reinhard: **Der schwierige Patient**. Aachen, 1996
- Raspe, Hans H.: **Aufklärung und Information im Krankenhaus**. Göttingen, 1983
- RDM The Results-Driven Manager: **Face-to-Face Communications for Clarity and Impact**. Boston, 2004
- Redder, Angelika: **Medizinische Kommunikation**. Opladen, 1994

- Riecher-Rössler, Anita et al. (Hrsg.): **Frauen-gesundheit. Ein Leitfaden für die ärztliche und psychotherapeutische Praxis.** München, 2005
- Riedel, Rolf-Rainer et al.: **Wirtschaftlich erfolgreich in der Arzt-Praxis.** Köln, 2005
- Rinser, Luise: **Mit wem reden?** Frankfurt, 1984
- Ripke, Thomas: **Patient und Arzt im Dialog.** Stuttgart, 1994
- Rockenbauch, Katrin et al. (Hrsg.): **Kompetent kommunizieren in Klinik und Praxis.** Lengerich, 2006
- Rogers, Carl R.: **Die klientenzentrierte Gesprächspsychotherapie.** Frankfurt, 1983
- Rogers, Carl R.: **Die nicht-direktive Beratung.** München, 1972
- Ruhleder, Rolf H.: **Rhetorik, Kinesik, Dialektik.** Bad Harzburg, 1986
- Sander, Klaus: **Personenzentrierte Beratung.** Köln, 1999
- Sandner, Joachim et al.: **Vortrags-Art.** Köln, 2005
- Schlicht, Gerhard: **Organisation und Management in der Arzt- und Zahnarzt-Praxis.** Jena-Stuttgart, 1994
- Schmidt, Lothar R.: **Psychologie in der Medizin. Anwendungsmöglichkeiten in der Praxis.** Stuttgart, 1984
- Schnell, Martin: **Ethik als empirisches Phänomen.** Hannover, 2005
- Schranner, Matthias: **Teure Fehler – Die 7 größten Irrtümer in schwierigen Verhandlungen.** Berlin, 2009
- Schrimpf, Ulrike et al.: **Deutsch für Ärztinnen und Ärzte – Kommunikationstraining für Klinik und Praxis.** Heidelberg, 2010
- Schüßler, Gerhard: **Bewältigung chronischer Krankheiten.** Göttingen, 1993
- Schulz von Thun, Friedemann: **Miteinander Reden (Bd. 1-3).** Hamburg, 2005
- Schulz von Thun, Friedemann et al.: **Miteinander reden: Kommunikationspsychologie für Führungskräfte.** Hamburg, 2004
- Schumpeldick, Volker, Vogel, Bernhard (Hrsg.): **Arzt und Patient – Eine Beziehung im Wandel.** Freiburg im Breisgau, 2006
- Schupeta, Eckhard, Hildebrandt, Helmut: **Patientenzufriedenheit messen und steigern.** Sankt Augustin, 1999
- Schwab, Heike et al.: **Praxishandbuch Kommunikations-Management.** Frankfurt-New York, 2002
- Schwantes, U.: **Der schwierige Patient.** In: Thorsten, Langer, Martin W. Schnell (Hrsg.): **Das Arzt-Patient – Patient-Arzt-Gespräch.** München 2009
- Schweickhardt, Axel, Fritzsche Kurt: **Kursbuch ärztliche Kommunikation.** Köln, 2007
- Seifert, Josef W.: **Moderation und Kommunikation.** Offenbach, 1999
- Serres, Michel: **Kommunikation.** Berlin, 1991
- Shapiro, Arthur K.: **The Powerful Placebo: From Ancient Priest to Modern Physician.** Johns Hopkins University Press, 2001
- Siegrist, Johannes: **Medizinische Soziologie.** München, 1995
- Simon, Walter: **GABAL's großer Methoden-koffer Grundlagen der Kommunikation.** Offenbach, 2007
- Sohr, Eric: **The difficult patient.** Miami, 1996
- Stavemann, Harlich H.: **Sokratische Gesprächsführung in Therapie und Beratung.** Weinheim, 2002
- Strauss, Botho: **Der Untenstehende auf Zehenspitzen.** München-Wien, 2004

- Tannen, Deborah: **Du kannst mich einfach nicht verstehen.** Hamburg, 1991
- Tannen, Deborah: **Das habe ich nicht gesagt.** Hamburg, 1992
- The Trustees of British Museum: **Cradle to Grave.** London, 2004
- Thiele, Albert: **Die Kunst zu überzeugen.** Berlin-Heidelberg-New York, 2000
- Thill, Klaus-Dieter: **Konfliktbewältigung in der Arzt-Praxis.** Köln, 2004
- Thill, Klaus-Dieter: **Marketing in der Arzt-Praxis.** Köln, 2005
- Thill, Klaus-Dieter: **Professionelles Management: Von der Arztpraxis zum Dienstleistungsunternehmen in 21 Schritten.** Köln, 2002
- Thomann, Christoph et al.: **Klärungshilfe: Handbuch für Therapeuten, Gesprächshelfer und Moderatoren in schwierigen Gesprächen.** Hamburg, 1995
- Trömmel-Plötz, Senta: **Sprache der Verständigung.** Frankfurt, 1996
- Trout, Jack et al.: **Die Macht des Einfachen.** Wien, 1999
- Truss, Lynne: **Für dich immer noch Sie Arschloch! – Null Toleranz für schlechtes Benehmen.** München, 2005
- Tsvasman, Leon (Hrsg.): **Das große Lexikon Medien und Kommunikation.** Würzburg, 2006
- Tüchler, Heinz et al. (Hrsg.): **Lebensqualität und Krankheit.** Köln, 1991
- Ury, William L.: **Schwierige Verhandlungen – Wie Sie sich mit unangenehmen Kontrahenten vorteilhaft einigen.** Frankfurt/M.-New York, 1992
- Vieten, Markus (Hrsg.): **Handbuch der Arzthelferin.** Stuttgart, 2002
- Watzke-Otte, Susanne: **Small Talk.** Berlin, 2007
- Watzlawick, P., Beavin, J.H., Jackson, Don D.: **Menschliche Kommunikation: Formen, Störungen, Paradoxien.** Bern, 2007
- Weakland, John H., Herr, John J.: **Beratung älterer Menschen und ihrer Familien.** Bern, 1992
- Weig, Wolfgang et al. (Hrsg.): **Der „schwierige“ Patient im Psychiatrischen Krankenhaus.** Regensburg, 1998
- Weinberger, Sabine: **Klientenzentrierte Gesprächsführung.** Weinheim-Basel 1992
- Weingarten, Rüdiger (Hrsg.): **Sprachwandel durch Computer.** Opladen, 1997
- Weizsäcker, Viktor von: **Warum wird man krank?** Frankfurt/M., 2008
- Weizsäcker, Viktor von: **Gesammelte Schriften.** Frankfurt/M., 1987
- Zegelin, Angelika et al. (Hrsg.): **Die Pflege und ihre Sprachen.** Hannover 2006
- * Auswahl von Joachim Sandner, FORTHE, Bonn 2010