

Im Tandem zu einer besseren Arzt-Patient-Kommunikation

Das „Essener Modell“ für eine empathische, interkulturelle Arzt-Patient-Kommunikation in der Klinik geht in die nächste Phase. Ziel ist, Multiplikatorteam zu schulen, welche ausländische Ärztinnen und Ärzte mit dem kommunikativen Rüstzeug für den Klinikalltag ausstatten – auch im Gespräch mit dem Chefarzt.

von **Bülent Erdogan**

Stellen Sie sich vor, Sie müssten 40 bis 50 Mal am Tag unter Wettkampfbedingungen einen Hürdenlauf absolvieren – und die Öffentlichkeit würde stets einen neuen Rekord erwarten. Was selbst für den Olympiasieger von Rio 2016, Omar McLeod aus Jamaika (13,05 Sekunden), ein Ding der Unmöglichkeit wäre, ist für Ärztinnen und Ärzte quasi tägliche Übung. In ihrem Fall heißt die Disziplin: Kommunikation mit dem Patienten. Für im Ausland sozialisierte Ärztinnen und Ärzte kann sich diese Herausforderung noch einmal in besonderem Maße stellen. Auch in den Kliniken im Rheinland sind Schätzungen zufolge einige tausend Ärztinnen und Ärzte tätig, die ihre medizinische Aus- und Weiterbildung im Ausland absolviert haben und für die Deutsch nicht die Muttersprache ist. Diese Kolleginnen und Kollegen stehen in unterschiedlichem Maße auch vor der Herausforderung, das Gespräch mit ihren Patienten und die Kommunikation unter den Kollegen auch vor einem möglicherweise etwas anderen kulturellen Erfahrungshorizont einzuüben – und dieses Gespräch schließlich auch empathisch zu gestalten.

Seit 2015 läuft an der Uniklinik Essen das Modellprojekt „Emphatisch-Interkulturelle Arzt-Patientenkommunikation“, kurz EI-AP-K, mit dem sogenannte Multiplikatorteam aus Ärzten und Sprachtrainern als Mentoren für andere Kliniken geschult werden sollen. Die ersten Module starten Anfang des kommenden Jahres, ab März können sich Interessierte anmelden (via: eiapk@uk-essen.de). Den Startschuss für die zweite Phase gab NRW-Gesundheitsministerin Barbara Steffens Ende Januar.

Das Ministerium fördert das Projekt bis Ende 2019 mit insgesamt einer Million Euro. Das „Essener Modell“ besteht aus sechs Ausbildungsmodulen – Didaktik, Kommunikation, Simulation, Sprachdidaktik, Feedback und Implementierung – mit je 38 Unterrichtseinheiten innerhalb einer Woche. Ziel des Projektes sei es, Ärztinnen und Ärzten mit Migrationsgeschichte vor Ort an ihrem Arbeitsplatz dabei zu unterstützen, eine sichere kommunikative Basis zu erreichen und so Missverständnissen

sie eigentlich das Gefühl gehabt hätten, ein gutes Aufklärungsgespräch geführt zu haben – und nicht wahrgenommen hätten, dass sie den Patienten und dessen Aufmerksamkeit an einem bestimmten Gesprächsdetail „verloren“ hätten. Am Ende, so Merse, willige der Patient zwar in die Behandlung ein, weil er sich sage: „Der Arzt wird schon wissen, was richtig ist.“ Folge solcher asymmetrischer Kommunikation, auch und gerade bei der Narkose-Aufklärung, könnten aber „schlimme, zeitlich prolongierte Verläufe sein“, weil der Patient bestimmte Aspekte eben doch nicht erfasst und der Arzt dieses Kommunikationsdefizit nicht realisiert habe.

Grundlage des Schulungs-Konzepts, das nach den Worten Merses in Essen derzeit



Durch den Spiegel beobachtet: Im Gespräch mit einem Simulations-Patienten. (Fotomontage)

Foto: UK Essen/André Zelck

sowie Behandlungsfehlern vorzubeugen, sagte Dr. Stefanie Merse, Ärztliche Projektleiterin des Modellprojektes.

Die Belastungen im Klinikalltag seien auch für Muttersprachler oft sehr hoch, sagte Merse und gab ein Beispiel für einen typischen Tag auf Station: „Man ist im Gespräch mit der Pflege, das Telefon klingelt, es kommt ein wichtiger Laborbefund. Dann heißt es, der Angehörige wartet schon drei Stunden, dann kommt noch ein Notfall auf der Nachbarstation dazu. Und so wird ständig an uns und an unserer Aufmerksamkeit gezerrt. Häufig geht das den ganzen Tag und setzt sich auch in der Nacht fort.“

Auch Muttersprachler könnten sicherlich von Situationen berichten, in denen

in vier Klinikstationen zur Anwendung kommt, ist auch in der Ruhrmetropole der Einsatz von Schauspielpatienten. Durch einen Spiegel in einem Nebenraum, wie man ihn aus TV-Krimis kennt, können die Trainer das Gespräch verfolgen. Die Dialoge können mitgeschnitten und später gemeinsam am Bildschirm ausgewertet werden, auch der Simulations-Patient gibt ein „strukturiertes Feedback“. Die Schulung erfolgt über etwa ein Jahr in vier Etappen. Häufig gelinge es, das Sprachniveau durch das kontinuierliche Training über ein Jahr in Richtung des Levels „C1“ zu heben. Eine besondere Herausforderung und Stresssituation stelle für viele ausländische Kolleginnen und Kollegen „die

Visite“ dar, in der der Arzt zunächst den Chefarzt in der Fachsprache „auf den Punkt“ informieren müsse, um dann im Gespräch mit dem Patienten in die Alltagssprache zu wechseln, sagte Merse. Die Erfahrungen aus Essen sollen mit dem Tandem-Modell nun auch anderen Kliniken zugutekommen.

Privatdozent Dr. Walter Bruchhausen, Arzt, Theologe und Medizin-Philosoph vom Institut für Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin der Uniklinik RWTH Aachen, referierte auf der Veranstaltung über den schmalen Grat zwischen einer kultursensiblen Wahrnehmung des Anderen und einer sogenannten Kulturalisierung eigentlich ganz normaler menschlicher Interaktion, die zum Beispiel eher

Gegenüber gerecht werden könne. Das Gesundheitswesen müsse sich zum Ziel setzen, Chancengleichheit beim Zugang zu gesundheitlichen Leistungen herzustellen – und nicht, alle lediglich gleich zu behandeln.

Viele echte Wertekonflikte hätten letztlich nichts mit Interkulturalität zu tun, sondern mit den Unterschieden zwischen „unsere hoch individualisierten westlichen Lebensform“, die sich ebenso erst mit der Zeit herausgebildet habe, „und anderen, mehr gemeinschaftsbezogenen Lebensformen“. Das in Deutschland zugrunde liegende individuelle Selbstbestimmungsrecht sei beispielsweise nur auf der Basis einer individuellen Absicherung durch eine Krankenversicherung möglich geworden, während

heißt nicht immer angewendet, angewendet heißt noch lange nicht beibehalten.“

Medizinische Kommunikation sei immer auch medizinisches Handeln – und im positiven wie im negativen Sinne medizinisch wirksam, sagte der Wissenschaftler. „Wenn wir aber annehmen, dass Kommunikation eine so wichtige Bedeutung einnimmt, dann müssen wir annehmen, dass ärztliche Sprachhandlungsfehler auch Behandlungsfehler sind.“ Insgesamt zeige sich, dass Ärzte im Kontakt mit ihren Patienten, auch vor dem Hintergrund des allgemeinen Zeitdrucks, unter einer sehr großen Belastung stünden. Dazu gehöre auch zu entscheiden, welche Informationen wichtig und unwichtig sind, wann man einen Witz machen kann, viel oder wenig erzählt. Allerdings machten Ärzte das, was sie stundenlang am Tag und tausendfach in ihrem Berufsleben machen, „ohne es jemals gelernt zu haben“. Dieses komplizierte psychologische Spiel in der Anamnese indes auf einen Frage-Antwort-Mechanismus zu reduzieren, komme der „äußersten Schwundstufe von Kommunikation“ gleich. Ziel von Arzt-Patient-Kommunikation müsse vielmehr die Herstellung von Verständnis als dem „Salz in der Suppe“ sein, sagte Bechmann.

Mit Sprache werde derweil nicht nur Vertrauen geschaffen, sondern auch „Wirklichkeit“ hergestellt. Es könne einen Unterschied machen, ob man von einer Rhinitis oder einem Schnupfen spreche, sagte Bechmann und ergänzte: „Jede Kommunikation besteht grundsätzlich aus wechselseitigen Interpretationsprozessen und es gibt kein Entrinnen aus der Interpretierbarkeit. Alles, was Ärzte sagen, wie Ärzte gucken, ob sie laut, leise, langsam schnell reden, wie sie sich verhalten, wie sie aussehen, all das wird Gegenstand der Interpretation sein beim Patienten. Das kann man gar nicht verhindern.“ Zudem sei das Gespräch asymmetrisch, der Patient in der Regel in der passiven Rolle. Bechmann: „Der Arzt befasst sich vielleicht zehn Minuten mit Ihrer Krankheit. Sie selbst vielleicht Tage, Wochen, Monate, Jahre, je nachdem.“ Der Arztbesuch sei für viele Patienten, „ob positiv oder negativ, das Highlight des Tages“.

Ärzte müssten daher lernen, die Sprache ihrer Patienten zu sprechen „Und das ist kein Fachchinesisch, das ist Patientisch. Im besten Fall einfach: klar und deutlich.“ **RA**



Simulations-Patient mit Wunde auf der Brust: Damit auch alles möglichst echt wirkt. (Links im Bild Angelika H. Fritz, rechts Dr. Stefanie Merse)

Foto: UK Essen/André Zelck

mit dem sozio-ökonomischen Status, der Weltanschauung oder einer Stresssituation erklärbar ist als mit einer festgefügt kulturellen oder religiösen Orientierung im Sinne eines systemischen Komplexes. Der Normalfall sei, dass Menschen, Ärzte wie Patienten, in gewisser Weise Mischwesen seien, die sich „zwischen sehr unterschiedlichen kulturellen Kontexten hin und her hangeln, also etwa dem Krankenhaus, dem Sportverein, der Religionsgemeinschaft, der Familie, dem Freundeskreis, dem Konsumangebot“. Es gelte die Prämisse, dass die Unterschiede zwischen einzelnen Menschen größer seien als zwischen Völkern. Ziel müsse es also sein, in der jeweiligen Begegnung herauszufinden, wie man dem

es in anderen Ländern die Familien seien, die Behandlung ermöglichen. „Das heißt, wenn die Familie zahlen muss, dann will sie auch mitreden.“ Diese Prägung kann Bruchhausen zufolge zeitweise auch in der neuen Heimat fortwirken.

Dr. Sascha Bechmann vom Institut für Germanistik der Heinrich-Heine-Universität in Düsseldorf sprach über Probleme, die auch unter Muttersprachlern auftreten können: „Gespräche laufen regelmäßig in die falsche Richtung.“ Schon Konrad Lorenz habe konstatiert: „Gedacht heißt nicht immer gesagt, gesagt heißt nicht immer richtig gehört, gehört heißt nicht immer richtig verstanden, verstanden heißt nicht immer einverstanden, einverstanden

Anmeldung zum Modellprojekt via eiapk@uk-essen.de