

Franco Perino & Elena Polestra

Der Personzentrierte Ansatz in der Medizin

Zusammenfassung: *In diesem Artikel werden mögliche Anwendungen des Personzentrierten Ansatzes im Gesundheitswesen analysiert, und es wird über einige Kommunikationskurse im Arbeitsbereich eines der Autoren berichtet.*

Schlüsselwörter: *Personzentrierter Ansatz, Medizin, Kommunikationskurse*

Abstract: The Person-centred Approach in the medical field. *This article offers a review of the possible applications of the Person-centered Approach in the medical field as well as a report about the authors' experience with Communication Training for different professional groups working in that area.*

Keywords: *Person-centred Approach, Health Care, Training*

Einleitung

In den letzten Jahren hat man im Gesundheitsbereich begonnen, der erkrankten Person mit ihrer Erlebnisdimension, ihren Bedürfnissen und ihrer Lebensqualität immer mehr Wichtigkeit beizumessen. Man tendiert dazu, den Kranken in seine eigene Gesundheitsvorsorge bzw. -wiederherstellung einzubeziehen, um eine gleichwertige Beziehung zwischen dem Patienten und den Bediensteten, die im Gesundheitsbereich arbeiten, zu erzielen.

Die Ärzte, die Krankenpfleger, die Techniker, die Verwalter usw. wurden aber durch ihre Ausbildung nicht darauf vorbereitet, sich dieser neuen Herausforderung, die obendrein gute kommunikative Kompetenzen erfordert, zu stellen.

Nach Meinung der Autoren und laut Fachliteratur könnte der Personzentrierte Ansatz aufgrund seiner spezifischen Merkmale in verschiedenen Bereichen des Gesundheitswesens Anwendung finden, vorausgesetzt, die dort Tätigen bekommen eine entsprechende Ausbildung.

In diesem Artikel werden mögliche diesbezügliche Anwendungen des Personzentrierten Ansatzes in Betracht gezogen, wobei auch Bezug auf die „personzentrierte Medizin“ genommen wird, die versucht, der oben besprochenen Tendenz gerecht zu werden (Stewart, 1995; Gerteis, 2002; Moja, 2000). Außerdem wird über einige Erfahrungen berichtet, die einer der Autoren während der Kommunikationskurse im Gesundheitsbereich gesammelt hat.

Zur Entwicklung der Beziehung zwischen Arzt und Patient: die personzentrierte Medizin

Das alte Modell der väterlichen Beziehung zwischen dem Arzt und dem Patienten, in dem der Arzt bestimmt und der Patient gehorcht, ist mittlerweile überholt. Infolge soziokultureller, wirtschaftlicher und politischer Veränderungen neigt der Bürger in den letzten Jahren immer mehr dazu, an der Erhaltung bzw. Wiederherstellung der eigenen Gesundheit aktiv teilzunehmen. Er kommt daher oft in die Ambulanz mit medizinischen Informationen, die er aus dem Internet, aus einer der unzähligen Zeitschriften oder durch Radio- und Fernsehsendungen erhalten hat. Er stellt viele Fragen, möchte verstehen, diskutieren und über Untersuchungen und Therapien, die ihm verschrieben werden, „verhandeln“ (Meryn, 1998).

Auch seitens der Ärzte besteht das Bestreben, das Wissen der Bürger bezüglich ihrer Gesundheit zu verbessern. Kenntnis der Risikofaktoren und Einblick in die Therapien können dem Patienten nämlich helfen, bewusste Entscheidungen zu treffen, die angebotenen Dienstleistungen besser in Anspruch zu nehmen und Krankheiten, die mit einem bestimmten Lebensstil zusammenhängen, vorzubeugen (Gesundheitsförderung). Eine Folge dieser veränderten Haltung ist z. B. die „Einwilligungserklärung“. Das Gesetz verlangt, dass der Patient zur Durchführung chirurgischer Eingriffe oder Untersuchungen, welche die Verabreichung von

potenziell gefährlichen Substanzen erfordern (Kontrastmittel für Angiographien, Urographien usw.), seine Einwilligung geben muss. Der geschulte und miteinbezogene Patient trägt dazu bei, die Häufigkeit der Fehler und der unerwünschten Nebenwirkungen zu verringern, indem er eine zusätzliche Kontrolle der verschriebenen Untersuchungen und Therapien durchführt (Coulter, 2002).

Das Erscheinungsbild der Krankheiten hat sich verändert: Die meisten Krankheiten, die der Arzt behandeln muss, sind chronisch, und seine Aufgabe ist es nicht, die Person zu heilen, sondern sie zu behandeln, ihr zu einer besseren Lebensqualität zu verhelfen, ihr beizubringen, mit einer Krankheit wie z. B. Diabetes, HIV, Krebs oder mit dem Zustand nach einer Organtransplantation zu leben.

Die ethischen Probleme sind heute viel komplizierter als in der Vergangenheit; man denke nur an die künstliche Befruchtung, an die Euthanasie oder an die Klonierung.

Die Schulmedizin fängt an, der psychischen Komponente bei der Entstehung zahlreicher Krankheiten wie z. B. Asthma, chronisch entzündlicher Darmerkrankungen, oder der rheumatoiden Arthritis usw. eine bedeutende Rolle zuzusprechen. In vielen Abteilungen (z. B. in der Onkologie, der Infektionsabteilung usw.) sind im Team Psychologen integriert, deren Gespräche mit den Patienten ein wichtiger Teil verschiedener Therapieprotokolle sind. Das Counseling ist mittlerweile eine der Leistungen, die verschiedene Abteilungen den Patienten anbieten (z. B. bei genetischen Untersuchungen, bei der künstlichen Befruchtung, bei der Begleitung von HIV-positiven Patienten).

Von daher rührt die Notwendigkeit, ein neues Modell der Arzt-Patient (oder Klient) – Beziehung zu entwickeln, das zwar auch, wie die traditionelle Medizin (zentriert auf die Pathologie oder auf den Arzt), das Ziel hat, zu diagnostizieren und zu heilen, aber darüber hinaus auch das emotionale Erleben und die subjektiven Bedeutungen der Patienten in Betracht zieht. Es ist interessant festzustellen, dass die englische und die deutsche Sprache den Begriff „disease“ – „Krankheit“ verwenden, um eine organische Krankheit zu definieren und den Begriff „illness“ – „Erkrankung“, wenn auch die persönlichen Erfahrungen integriert werden.

Die Grundphilosophie: personenzentrierter Gesundheits-/Krankheitsbegriff

Der menschliche Organismus ist laut Rogers eine psychische, geistige und somatische Einheit (Stumm, 2002, S. 12; Schmidt, 2001, S. 79), die, wie alle andere Organismen, eine „Grundtendenz zur konstruktiven Erfüllung der ihm innewohnenden Möglichkeiten“ hat (Rogers, 1980a, S. 69). Diese Selbstverwirklichungstendenz ist selektiv, zielgerichtet und konstruktiv, das heißt, dass nur „unter ungewöhnlichen oder perversen Umständen“ die negativen Potenziale (zur Selbstzerstörung, Schmerzen usw.) aktiviert werden (Rogers, 1980a, S. 72). Die „gesunde“ Person, („fully functioning

person“) kann das „Erleben bewusst werden lassen, wenn es notwendig ist. Sie kann sich dem Prozess des Seins und Werdens hingeben“ (Stumm, 2002, S. 17).

Die psychische „Krankheit wird als Stagnation oder Verhinderung der Selbstaktualisierung verstanden“ (Stumm, 2002, S. 17). Das passiert, wenn die physischen und psychischen Umgebungsbedingungen ungünstig sind (Schmidt, 2001, S. 65) und eine Inkongruenz zwischen Selbst und organismischer Erfahrung entsteht.

„Der personenbezogene Ansatz beruht auf der Prämisse, daß der Mensch im Grunde ein vertrauenswürdiger Organismus sei, der fähig ist, die äußere und innere Situation abzuschätzen, und der sich auch selbst versteht, daß er konstruktive Entscheidungen in Bezug auf die nächsten Schritte im Leben treffen und nach diesen Entscheidungen handeln kann“ (Rogers, 1977a, S. 26–27).

Der Klient ist der beste Experte von seinem Leben. Die Aufgabe des Psychotherapeuten ist „ein Klima förderlicher psychologischer Einstellung zu schaffen“ (Rogers, 1977a, S. 18), in dem der Klient seine inneren Ressourcen aktivieren kann und vom Therapeut auf seinem Weg zur Besserung begleitet wird.

Diese Begriffe können, unserer Meinung nach, auch im medizinischen Bereich umgesetzt werden und der Kern der Grundphilosophie der personenzentrierten Medizin sein:

Die Menschen, als bio-psycho-sozio-spirituelle Einheit verstanden, entfalten, im Laufe des Lebens, ihr positives Potential, um das bestmögliche „körperliche, seelische und soziale Wohlbefinden“ (Ottawa-Charta, 1986) zu erzielen. Dieses Potential ist genetisch bedingt und viele Faktoren (chemische, infektiöse, soziale, psychologische Faktoren usw.) können seine Verwirklichung verhindern mit Auftreten einer Krankheit. Der Arzt kann den Personen helfen, seine Ressourcen zu entfalten und die Kommunikation spielt bei dieser Hilfe eine wichtige Rolle.

In den folgenden Kapiteln werden wir einige mögliche Anwendungen dieser Konzepte vorstellen.

Aktualisierungstendenz und „innerer Heiler“

Laut der Psychoneuroimmunologie ist der menschliche Körper fähig, innerhalb gewisser Grenzen, sich zu schützen, sich zu heilen und auch zu genesen.

Diese Eigenschaft hängt großteils mit dem Immunsystem zusammen, das von manchen als „innerer Heiler“ bezeichnet wird (Locke, 1986).

Das Immunsystem schützt uns ständig vor Angriffen seitens infektiöser Agenzien, Tumorzellen oder äußerer physikalischer Faktoren. Manchmal wird es überwältigt oder funktioniert schlechter (z. B. unter Stress) und dann entsteht die Krankheit. Viele moderne Therapieansätze versuchen, dieses Überwachungssystem zu stärken

(mit Vakzinen, monoklonalen Antikörpern, Immunmodulatoren), um Neoplasien, chronische Infektionen usw. zu bekämpfen.

Das Immunsystem ist nicht autonom, sondern wird wiederum von äußeren und inneren Faktoren beeinflusst. Laut einiger Thesen der Psychoneuroimmunologie existiert eine direkte Kommunikationslinie zwischen Immunsystem und Gehirn (Locke, 1986).

Personen, die dem Stress gewachsen sind, erkranken nicht so häufig, und wenn sie erkranken, erholen sie sich schneller. Hingegen erkranken Personen, die Stresssituationen nicht so gut bewältigen können, häufiger und erholen sich langsamer. Wer eine zukunftsorientierte und optimistische Einstellung hat, sich selbst vertraut, keine plötzlichen Veränderungen fürchtet, wer seinen Gefühlen besser Ausdruck verleihen kann, wer Freunde und Verwandte hat, die er um Hilfe bitten kann, erkrankt nicht so leicht, und wenn, erholt er sich schneller (Zucconi, 2003).

Den Patienten einzubeziehen, bedeutet, ihm zu helfen und seine physischen und psychischen Ressourcen zu mobilisieren, um ihn zu heilen oder seinen Gesundheitszustand zu verbessern.

„Als ich verstanden habe, dass ich für mich selbst etwas tun musste, ist mir ein Knopf aufgegangen. Der Arzt hat mir gesagt: ‚Sie haben sich immer anderen gewidmet, haben sich oft für die anderen aufgeopfert. Jetzt ist jedoch der Moment gekommen, ein wenig an sich selbst zu denken und etwas für sich zu tun. Wenn Sie nicht gesund werden, werden Sie niemandem mehr helfen können.‘ Meine Mithilfe war unbedingt notwendig, um die Krankheit zu bewältigen. Der Arzt hat mich praktisch direkt dazu animiert. Seither hatte ich nie wieder Angst, etwas zu fragen. Ich hatte auch vor dem Arzt keine Angst mehr. Endlich traute ich mich, ihm auch Fragen zu stellen, die mir zwar dumm erschienen, für mich aber sehr wichtig waren, weil sie mir halfen, zu verstehen.

Ich versuchte zu verstehen, was mir bevorstand, um auch Kraft für eine Reaktion zu finden und mir selbst helfen zu können. Es gab einen Moment während des stationären Aufenthaltes, am Tag vor meinem Geburtstag, als ich mich vor den Spiegel stellte und sagte: ‚Jetzt hör endlich auf. Du hast den Höhepunkt deiner Depression erreicht, jetzt gib dir einen Ruck.‘ Ich habe mich gewaschen, habe den schönen Pyjama angezogen und habe zu diesem Zeitpunkt angefangen, positiv reagieren zu wollen. Mir war klar, dass ich es sonst wirklich nicht geschafft hätte.“ (Veronika, 53 Jahre)

Der Patient als Experte und als Handelnder, der bewusste Entscheidungen für die eigene Gesundheit trifft

Die Patienten sind bezüglich ihrer eigenen Gesundheit Experten, weil sie eigene Erfahrungen mit ihrer Krankheit haben und ihre sozialen Hintergründe, ihre Gewohnheiten, ihr Risikoverhalten, ihre Werte und ihre Vorlieben kennen.

All dies zeigt die so genannte „Patientenagenda“ auf (Levenstein, 1986).

Die Ärzte und anderen Berufsgruppen, die im Gesundheitswesen arbeiten, sind Experten auf dem Gebiet der diagnostischen Techniken, der Krankheitsursachen, der Prognosen, der therapeutischen Optionen und der Präventionsstrategien. Das alles stellt ihre „Agenda“ dar.

Aus dem Zusammentreffen und dem Vergleich dieser zwei Agenden, dieser zwei Arten, Gesundheit und Krankheit zu betrachten, kann eine Arzt-Patient-Beziehung entstehen, in der beide Seiten zusammenarbeiten. Dies ist zweifelsohne eine Beziehung, die den heutigen Wünschen der Bürger eher entspricht und die hilft, unterschiedliche Krankheiten erfolgreicher zu behandeln (Coulter, 2002).

Während der ärztlichen Visite kommen leider viele wichtige Elemente nicht zur Sprache („unvoiced Agendas“), z. B. Sorgen wegen der Diagnose und der Folgeerscheinungen, die Meinung des Patienten bezüglich dessen, was in seinem Körper nicht funktioniert, Nebenwirkungen der Therapie, der Wunsch, nichts verschrieben zu bekommen, Informationen über sein soziales Umfeld usw. In 50% der Fälle stimmen Arzt und Patient bezüglich der Art des aufgetretenen Problems nicht überein (Barry, 2000). Um diese Schwierigkeiten zu überwinden und zu einer konstruktiven Lösung zu gelangen, ist es notwendig, dass der Arzt versucht, die Sichtweise des Patienten zu verstehen und seine Meinung zu akzeptieren (auch wenn er ihr nicht immer zustimmt). Dies ist sehr wichtig, um eine „therapeutische Allianz“ zu schließen, die auf gegenseitigem Vertrauen basiert und die es ermöglicht, diagnostisches Vorgehen, Therapieziele und Präventionsmaßnahmen usw. miteinander zu vereinbaren.

In der täglichen Praxis ist es hingegen eher so, dass der Arzt dem Patienten seine eigene Auffassung über Gesundheit und Krankheit aufzwingen will und somit die Subjektivität und die Einzigartigkeit der Erfahrung des Kranken vergisst. Die Folge ist oft eine verminderte Adhäsion des Patienten an die Therapie:

„Die ersten Tage meiner stationären Aufnahme, wenn die Ärzte zur Visite kamen, fühlte ich ein enormes Minderwertigkeitsgefühl: ich fühlte mich ganz weit weg, weil ich kein medizinisches Wissen hatte, ich hatte Angst zu sprechen, zu fragen. Jede Frage erschien mir sehr dumm und für sie unbedeutend, banal. So sagte ich nichts. Manchmal sah ich, dass die Ärzte sich untereinander unterhielten, als wenn mich das nichts angehen würde. Wenn sie nicht wollen, dass man sie versteht, sprechen sie unverständlich, und dann ist es noch schlimmer.“ (Veronika, 53 Jahre)

Derzeit spricht man nicht mehr von „Compliance“, die ein Gehorchen des Patienten impliziert, sondern von Adhäsion („Adherence“), das ein freiwilliges Bemühen seitens des Individuums, also eine aktive und verpflichtende Teilnahme voraussetzt.

Ungefähr 40–50% der Hochdruckpatienten oder der Diabetiker nehmen die Medikamente nicht ein, ändern die Dosierung oder setzen sie frühzeitig ab und nützen somit ihre Wirksamkeit nicht

voll aus. Ungefähr 6 % der stationären Aufnahmen in den USA (= 2 Millionen/Jahr) sind auf eine mangelnde Adhäsion an die Therapie zurückzuführen (Lowes, 1998).

Darüber hinaus führt das Nicht-Berücksichtigen der Agenda des Patienten, also seiner versteckten Wünsche, zu Missverständnissen und zu Verschreibungen von Untersuchungen und Medikamenten, die nicht verlangt werden. Auf diesen Prinzipien beruht auch die Gesundheitsförderung, wie das Ottawa-Charta (1986) lautet:

„Gesundheitsförderung zielt auf einen Prozess, allen Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu ermöglichen und sie damit zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen. Um ein umfassendes körperliches, seelisches und soziales Wohlbefinden zu erlangen, ist es notwendig, dass sowohl Einzelne als auch Gruppen ihre Bedürfnisse befriedigen, ihre Wünsche und Hoffnungen wahrnehmen und verwirklichen sowie ihre Umwelt meistern bzw. sie verändern können.“

Bio-psycho-sozio-spiritueller Modell

Derzeit spricht man nicht mehr über eine „Organerkrankung,“ da man festgestellt hat, dass der Organismus wie eine Einheit funktioniert, dass die verschiedenen Organe eng zusammenarbeiten und dass, wenn eines nicht gut funktioniert, sich das auch auf die anderen Organe auswirkt.

Das *bio-psycho-soziale Modell* erweitert unsere Auffassung der generellen Systemtheorie und ermöglicht uns, die Gesundheit nicht mehr als Resultat einzelner Faktoren zu sehen, sondern als Zusammenspiel verschiedener Komponenten: der biologischen, der psychologischen Komponente, der Umwelt (Capra, 1982), des Lebensstils und der Gesundheitsorganisation.

In den letzten Jahren wurde auch die Wichtigkeit eines vierten Elements erkannt: der *spirituellen Komponente*. Somit spricht man in Bezug auf den Menschen von einer bio-psycho-sozio-spirituellen Entität. 1994 hielten in den USA nur 3 medizinische Fakultäten Kurse über religiöse oder spirituelle Themen, 2004 waren es bereits um die 84 (Fortin, 2004). Dieses zunehmende Interesse im medizinischen Bereich hängt vermutlich damit zusammen, dass die Ressourcen, um schwierige und destruiierende Krankheiten zu bekämpfen, sich oft in der spirituellen Matrix des Patienten finden. Diese stellt für viele ein Schema dar, wie man den von der Krankheit verursachten Stress bewältigen kann (Levin, 1997).

Ein holistischer Zugang zum Patienten sieht auch vor, dass der Arzt dem Patienten aufmerksam zuhört und seine spirituellen Eigenschaften berücksichtigt. Hierbei handelt es sich um geistige Aspekte, die der Patient in die Beziehung einbringt und die leider oft nicht erkannt werden.

Manchmal stellen die Patienten Fragen, die den versteckten Wunsch enthalten, über spirituelle Aspekte zu sprechen:

Was für einen Sinn hat mein Leben, jetzt, wo Sie den Tumor entdeckt haben?

Werde ich sehen, wie meine Kinder heranwachsen?

Werde ich nach diesem Infarkt wieder mein früheres Leben aufnehmen können?

Für mich hat die Gesundheit alles bedeutet. Was bleibt mir jetzt?

Einige Autoren halten in der Arzt-Patient-Beziehung die tiefe Verbundenheit, die sich manchmal einstellt, für sehr wichtig. Diese kann helfen, das Gefühl der Abgeschiedenheit, der Isolierung und der Einsamkeit, das aus der Krankheit resultiert, zu überwinden (Suchman, 1988). Auch Rogers berichtet über etwas Ähnliches, wenn er über seine Erfahrung in der Psychotherapie und in den Gruppen spricht (vgl. Perino, 2003):

„The best periods in therapy are timeless moments. I am not aware of time. Except for the fact that if I have another appointment at such and such a time, there is some background awareness of that. In an interview in front of a group, pretty soon the group disappears completely. They are not there. It is just the two of us.“ (Wood, 1997)

Viele Menschen verzichten auf die üblichen Therapien und greifen auf Alternativtherapien zurück, nicht aufgrund mangelnden Vertrauens, sondern weil letztere besser zu ihren Werten, ihrem Glauben, ihren philosophischen Orientierungen bezüglich Gesundheit und Leben passen (Astin 1998).

Arzt und Patient als „Reisegefährten“

Die meisten Patienten leiden gegenwärtig an chronischen Erkrankungen, die man behandeln, aber nicht heilen kann: Diabetes mellitus, chronische Niereninsuffizienz, rheumatoide Arthritis, Psoriasis, arterielle Hypertonie, verschiedene Tumoren (Bodenheimer, 2002). Die Bestrebungen der Ärzte sollten vor allem dahin gerichtet sein, diesen Krankheiten vorzubeugen, wenn möglich mittels Gesundheitsförderung.

Wenn hingegen bereits Krankheiten bestehen, sollten die Ärzte den Patienten helfen, mit ihnen zu leben, das eigene Gleichgewicht wieder zu finden und eine optimale Lebensqualität zu erzielen.

Laut Rogers kann man gegen die Aktualisierungstendenz zwar ankämpfen, sie aber nicht aufheben. Mit anderen Worten: Ein Mensch kann in einer Umgebung aufwachsen, die derart ungünstig ist, dass er sein Potenzial nicht zum Ausdruck bringen kann.

„Die Bedingungen, unter denen sich diese Menschen entwickelt haben, waren so ungünstig, daß ihr Leben oft abnormal, verkrüppelt, ja kaum menschlich erscheint. Dennoch kann man der zielgerichteten Tendenz in ihnen vertrauen. Der Schlüssel zum

Verständnis ihres Verhaltens ist ihr Bestreben, auf den einzigen Wegen, die ihnen gehbar erscheinen, sich zum Wachsen und Werden hinzutasten. Gesunden Menschen mögen die Ergebnisse bizarr und sinnlos erscheinen, aber es sind die verzweifelten Versuche des Lebens, sich selbst zu verwirklichen ...“ (Rogers, 1980, S. 70)

Auf ähnliche Weise kann ein Mensch aufgrund eines Unfalles oder einer Krankheit eine deutliche Einschränkung seiner Fähigkeiten erleben. Wenn ihm aber geholfen wird, kann er sein übriges Potenzial entwickeln. Viele dieser Menschen sind, trotz ihrer auffälligen physischen Handicaps, ausgezeichnete freiwillige Helfer, Forscher, Schriftsteller, Musiker usw. geworden. Oliver Sacks beschreibt die unglaublichen Anpassungsfähigkeiten unseres Zentralnervensystems so:

„... Defekte, Störungen und Krankheiten können in diesem Sinn einen paradoxen Effekt haben, indem sie Ressourcen, Entwicklungen und latente Lebensformen ans Licht bringen, die ohne ihr Auftreten nie beobachtet hätten werden können und die man sich nicht einmal hätte vorstellen können. Gerade das Paradoxon der Krankheit, dieses eigene kreative ‘Potential’, ist das zentrale Thema dieses Buchs ... Diese Idee der großen Plastizität des Gehirns, das zu den beeindruckendsten Anpassungen fähig ist, sogar in ganz besonderen Situationen (die oft verzweifelt sind), des neuralen und sensorischen Handicaps, dominiert meine persönliche Wahrnehmung meiner Patienten und ihres Lebens ...“ (Sacks, 1995, p. 17)

Die Rehabilitationstheorie stützt sich gerade auf diese Philosophie: Dem Menschen, der eine Verminderung seiner Fähigkeiten erlebt hat, wird geholfen, sich der neuen Situation anzupassen und sein „verbleibendes“ Potenzial zu entwickeln.

Eine extreme „Situation der Begleitung“ ist die der onkologischen Patienten und der Patienten im letzten Stadium einer Krankheit. Hier wird die Fähigkeit des Arztes auf eine harte Probe gestellt, wenn er Gefühle der Wut, der Frustration oder etwa den Wunsch, manchmal allein zu sein, akzeptieren soll (Metz, 2002).

Man kann auch eine Person im Koma begleiten, indem man über nicht-verbale Kanäle kommuniziert, wie z. B. Massage, Reden und Musik. Wenn man sich auf ihr Atmen einstellt, indem man beobachtet, wie sich ihr Brustkorb bewegt und mit ihr gemeinsam atmet, ist es z. B. möglich, sie zu beruhigen. Es ist nicht klar, welcher Mechanismus hier eine Rolle spielt, aber es scheint so, als würden Menschen im Koma irgendwie unsere Anwesenheit wahrnehmen (De Hennezel, 2002).

Die Krankheit als Wachstumsmöglichkeit

Manchmal geben die Menschen der Erfahrung „Krankheit“ eine sehr große, ihre ganze Existenz betreffende Bedeutung. Dies kann man folgenden Aussagen entnehmen:

„Ich bin vom Krankenhaus nach Hause entlassen worden und habe den Weihnachtsabend alleine und in großem Seelenfrieden verbracht. Ich fühlte mich innerlich wohl. Ich hatte Lust, mich bei den Händen der Ärzte, die mich operiert hatten und auf meiner Haut diese Zeichen hinterlassen hatten, zu bedanken. Ich fing an, die Narbe als Freundin anzusehen und dann habe ich begonnen, das Zeichen auf meinem Rücken wie ein Lebenszeichen zu betrachten: Ich dachte, dass, wenn keine Wunde da gewesen wäre, ich noch immer mein Leiden mit mir herumgetragen hätte. Aber nein, hier war eine Wunde und auch die Lust, zu leben.

Wenn meine Lebenslust abnimmt, weil ich von den Lebenssituationen erdrückt werde, findet in mir ein großer Kampf statt. Vorher ließ ich mich gehen und verfiel in eine Depression; jetzt hingegen will ich diesen Moment überwinden und leben.

Im Krankenhaus habe ich gelernt, mich zu lieben und mich mit meinen Einschränkungen mehr zu akzeptieren. Früher hingegen setzte ich mich nur herab und sagte ‚Schau, du bist wirklich dumm‘ und viele andere negative Dinge. Jetzt dagegen sage ich mir, dass ich sehr tüchtig war, da ich so viele Schwierigkeiten überwunden habe. Wenn die anderen das nicht anerkennen, ist das egal, weil ich es anerkenne.“ (Veronika, 53 Jahre)

Die Krankheit kann einen Moment des Wachstums darstellen, wenn dem Individuum geholfen wird, sie zu verarbeiten und sie in seinem Bewusstsein korrekt zu symbolisieren (LeShan, 1989).

„Anfangs war meine Antwort voll Rebellion, Wut, schlechter Laune und Depression. Eine Serie von Schuldzuweisungen und Gewissensbissen kam an die Oberfläche und zog mich weiter hinab.

Dann, nachdem ich einen Arzt getroffen hatte, der mich sehen und akzeptieren konnte, wie ich war – verwirrt, wütend, ängstlich –, habe ich begonnen, mit mir anders zu sprechen.

Ich sah diese Zeit der ‚erzwungenen Pause‘ als ein Geschenk, weil sie mir half, mich besser kennen zu lernen.

Ich fing an, mich mit meinen Grenzen zu entdecken – denn Hilfe in Anspruch zu nehmen, kann sehr schwierig sein (in der Zeit, in der man krank ist, ist man von anderen abhängig). Entweder entdeckt man in sich die Demut, Hilfe zu akzeptieren, oder man wird verbittert, böse zu sich selbst und den anderen, gerade deshalb, weil man sich sieht, wie man tatsächlich ist und man sich nicht gefällt, weil man sich schwer akzeptieren kann. Ich habe ein neues Potential entdeckt, das zu besitzen ich nicht wusste.“ (Veronika, 53 Jahre)

Was hilft bei der Behandlung?

Laut Moira Stewart (2001) sollten die Aufgaben des Arztes heutzutage folgende sein:

- 1) Erforschen der Krankheit und der Krankheitserfahrung
- 2) Verstehen der Person in ihrer Gesamtheit

- 3) Finden einer gemeinsamen Basis zwischen Arzt und Patienten
- 4) Sich bewusst machen, dass jede Visite eine Gelegenheit für Prävention und Gesundheitsförderung ist
- 5) Sich bewusst machen, dass jede Visite eine Gelegenheit ist, um das Patient-Arzt-Verhältnis zu verbessern
- 6) Gewinnen einer realistischen Einstellung bezüglich notwendiger Zeit, Ressourcen, emotionaler und physischer Energie

Um das zu ermöglichen, sind natürlich geeignete kommunikative Kompetenzen erforderlich.

Im Gesundheitswesen braucht man manchmal eine psychotherapeutische Betreuung (vor allem bei einer Krisenintervention und bei einer stützenden Beratung), die nur ein Psychotherapeut durchführen kann.

Laut Rogers (1957a; 1959a) müssen drei notwendige und hinreichende Bedingungen auf Seiten des Helfers, erfüllt werden, damit ein wachstumsförderndes Klima zwischen Therapeut und Klient entsteht: „Therapie ist nicht etwas, das man dem Individuum antut oder das es veranlaßt, etwas Bestimmtes für sich selbst zu tun. Therapie macht es vielmehr frei für normales Wachsen und Entfalten, sie beseitigt Hindernisse, damit es sich wieder vorwärts bewegen kann.“ (Rogers, 1977a, S. 17) Diese Bedingungen gelten auch für die Beziehung zwischen Eltern und Kind, Leiter und Gruppe, Lehrer und Schüler, Führungskräfte und Mitarbeiter (Rogers, 1980a, S. 67) und, laut unserer Erfahrung und der Fachliteratur (Larson, 1993), zwischen Gesundheitspersonal und Patienten.

So kann der Arzt (und die anderen Beschäftigten im Gesundheitswesen) den Patienten helfen, ihre positive Potenziale, ihren „inneren Heiler“ zu fördern, mit Informationen, Untersuchungen, Medikamenten aber vor allem mit einem personenzentrierten helfenden Gespräch:

„... wenn Menschen akzeptiert und geschätzt werden, tendieren sie dazu, eine fürsorgliche Einstellung zu sich selbst zu entwickeln. Wenn Menschen einfühlsam gehört werden, wird es ihnen möglich, ihren inneren Erlebnisstrom deutlicher wahrzunehmen“ (Rogers, 1980a, S. 69).

Mit dem „Active listening“ kann man die bedingungslose positive Wertschätzung dem Anderen übermitteln:

„Es handelt sich um einen Ansatz, der sich auf dem Gebiet der Psychotherapie als höchst wirksam erwiesen hat. Es ist der effektivste uns bekannte Weg zur Veränderung der grundlegenden Persönlichkeitsstruktur eines Individuums und zur Verbesserung seiner Beziehungen und seiner Kommunikation mit anderen. Wenn ich zuhören kann, was er mir erzählt; wenn ich verstehen kann, wie ihm dabei zumute ist; wenn ich erkennen kann, was das für ihn persönlich bedeutet; wenn ich den emotionalen Beigeschmack spüren kann, den es für ihn

besitzt; dann setze ich die mächtigen Kräfte der Veränderung in ihm frei ...“ (Rogers, 1961a, S. 323)

Das ist besonders wichtig, wenn die Personen ihren Lebensstil ändern müssen um pathologische Zustände vorzubeugen (Gesundheitsförderung) oder in vielen Krankheiten, wie Diabetes mellitus, Obesitas, arterielle Hypertonie usw. die mit ungesunden Lebensgewohnheiten verbunden sind.

Das Gesundheitspersonal muss natürlich akzeptieren, was die Patienten in diesem Moment sind, ohne ihre Werte, ihren Lebensstil, ihre Entscheidungen zu kritisieren. Gemäß einiger Studien (Levinson, 1988; Suchman, 1997) erscheint es besonders wichtig, dass der Arzt sowohl die verbalen als auch die nicht-verbalen „prompts“ und die „clues“, die der Patient während der Visite äußert, erkennt. Dies ist sowohl für die Beziehung als auch für das klinische Outcome wichtig. Mit diesen Begriffen meint man gewisse nicht explizite Hinweise auf Gefühle oder wichtige Lebensumstände (private oder berufliche), die man vom anderen bekommt. Während jeder Visite taucht mindestens einer dieser Begriffe auf. Diese stellen für den Arzt die Möglichkeit dar, sich in das Erleben des anderen einzufühlen („window of opportunity“) und Empathie zu beweisen („empathic response“/„empathic opportunity continuer“). Oft werden die Hinweise leider nicht wahrgenommen („missed empathic opportunity“), oder der Arzt lenkt das Gespräch auf andere Themen, ist ironisch, negiert usw. („empathic opportunity terminator“). Der Grund dafür kann sein, dass er sich mit den auftretenden Gefühlen nicht wohl fühlt (auch aufgrund seiner mangelnden Ausbildung in dieser Hinsicht) oder weil er befürchtet, dass die Visite so länger dauern wird (gerade das Gegenteil tritt erfahrungsgemäß ein).

Die Ärzte und die anderen Gesundheitsbediensteten sollten kongruent sein, und zwar sollten sie ihrer Gefühle bewusst sein und diese, wenn es nötig ist, dem Patienten mitteilen (Transparenz): das ist notwendig, damit die Beziehung wirklich von Person zu Person ist, ohne professionelle Fassade oder Maske, für eine effektive Konfrontation oder Problemlösung und um das Burn-out vorzubeugen (Larson, 1993). Diese Grundhaltungen wirken nur, wenn sie vom Klienten als solche erlebt werden. Der Klient muss kontaktfähig sein und der Therapeut (der Arzt) muss imstande sein, sie ihm zu übermitteln, auf verbaler Ebene (offene Fragen, Fokalisierung, „Checking back skills“, einfühlsames Zuhören, Ich-Botschaft usw.) und auf nicht-verbaler Ebene (entsprechende Haltung, Mimik usw.) (Larson, 1993; Gordon, 1995; Moja, 2000; Quill, 1989). In gewissen Momenten findet sich der Arzt in seiner Helferrolle bei Patienten, die ihren Unmut ausdrücken, oder auch in der Beraterrolle.

Im Arbeitsalltag sind jedoch die Beziehungen zwischen Arzt und Patient meistens recht kurz. Vielleicht erfolgen sie wiederholt, aber meistens erfüllen sie einen praktischen Zweck, wie z. B. eine Blutabnahme, die Verabreichung eines Medikamentes, die Durchführung einer Untersuchung oder einer 10- bis 15-minütigen Visite usw. Es bleibt nicht viel Zeit übrig, um noch zuzuhören, aber es ist

auch während dieser kurzen Treffen möglich, eine Beziehung zu schaffen, die hilfreich sein kann: Man könnte z. B. eine Infusion lächelnd anhängen oder ein wenig mit dem Patienten plaudern. Man kann den Patienten mit einem Händedruck und mit freundlicher Miene in der Ambulanz empfangen usw. Mittels Anwendung einer technischen Prozedur kann man z. B. Empathie und bedingungslose positive Zuwendung vermitteln. So entsteht ein „therapeutischer Moment“.

Dasselbe gilt auch für die Beziehungen zwischen den verschiedenen Beschäftigten im Gesundheitswesen. Durch einen „personzentrierten Umgang“ könnte man ein Arbeitsklima schaffen, in dem wichtige Gefühle (Missfallen, Freude, Ärger, Zufriedenheit) zum Ausdruck gebracht werden können, in dem die Unterschiede und die Einzigartigkeit eines jeden akzeptiert werden, in dem die Gefühle des anderen verstanden und respektiert werden (Schwarz, 2001). So könnte ein „emotional intelligentes Team“ zustande kommen, in dem vermutlich größere Motivation, ein geringerer „Turnover“ und weniger Krankenstände zu registrieren wären.

Außerdem sollte der Arzt folgende Eigenschaften besitzen:

- a) Kreativität und Flexibilität: In einer so komplexen Welt wie dem Gesundheitssektor sollte man fähig sein, zu „erfinden“, den Mut zur Improvisation haben, indem man der eigenen Intuition und Sensibilität folgt. Man könnte sich zum Beispiel den Geburtstag eines stationären Patienten oder eines Kollegen merken und ihm gratulieren oder auf der Station gewisse Verbesserungen durchführen, um für den Neankömmling eine freundliche Atmosphäre, in der seine Bedürfnisse berücksichtigt werden, zu schaffen (Farbe der Wände, Beleuchtung, Art der Stühle, Spielecke für Kinder usw.) (Ripke, 1994). Patch Adams (1993) war in diesem Sinne ein Vorreiter, denn er führte die Figur des Clowns in die Krankenhäuser ein, um den Kranken durch Humor zu helfen. Das Humor ist „powerful“ aber muss immer von Einfühlbarkeit begleitet werden (Berger, 2004).
- b) Die Fähigkeit, die unvermeidlichen Konflikte mit Kollegen und Patienten auf konstruktive Art zu lösen.
- c) Die Fähigkeit zur Problemlösung.
- d) Die Fähigkeit, ein „gesundes Leben“ zu führen, indem man für Regenerierungsquellen sorgt, um Stress vorzubeugen und zu bewältigen: realistische Ziele und Erwartungen bezüglich der Arbeit, ausreichender Schlaf, gute familiäre und soziale Beziehungen, Sport, Meditation usw. (Larson, 1993).

Die Ausbildung sollte dem Arzt helfen, immer personzentrierter zu werden, sowohl ihn selbst, als auch die anderen betreffend. Er sollte sich nicht nur Techniken aneignen, weil letztere „nie ein wirkliches Vorhaben zu helfen, ersetzen können“ (Larson, 1993, p. 196). Es ist die Qualität der Anwesenheit, die beim Heilen hilft.

„Wenn ich als Gruppenleiter oder als Therapeut in meiner besten Form bin, entdecke ich ein weiteres Charakteristikum. Ich stelle fest, daß von allem, was ich tue, eine heilende Wirkung auszugehen scheint, wenn ich meinem inneren, intuitiven Selbst am nächsten bin, wenn ich gewissermaßen mit dem Unbekannten in mir in Kontakt bin, wenn ich mich vielleicht in einem etwas veränderten Bewusstseinszustand befinde. Dann ist allein schon meine Anwesenheit für den anderen befreiend und hilfreich.“ (Rogers, 1980, S. 79–80).

Dale Larson (1993, pp. 131–132) spricht von der Fähigkeit der menschlichen Anwesenheit zu heilen („The healing power of the human presence“).

Emotionale Intelligenz im Management

Es ist einfacher, ein „personzentriertes“ Team zu bilden, wenn auch die Verantwortlichen die zugrunde liegenden Werte billigen und fördern.

Die Rolle der Manager, der Verwalter und der Abteilungsleiter ist momentan nicht einfach, da sie Maßnahmen setzen (oder erleiden) müssen, die unpopulär sind, wie die Verminderung der Bettenanzahl, Aufnahmestopp von Neueinstellungen, die Abschaffung gewisser Dienste oder die Schließung von Abteilungen, die Einführung oder Abschaffung des Selbstbehaltes („Ticket“) usw.

Der alte, autoritäre, alles an sich heranziehende Stil des Managements funktioniert weniger effizient als der demokratische, emotional intelligente Stil (Ryback, 1997). Dieser stützt sich auf folgende Kriterien: Förderung der Kommunikation auf allen Ebenen des Medizinbetriebs, Respekt und Würdigung der Unterschiede der verschiedenen Berufsgruppen, Empowerment derselben (Delegieren, Autonomie der Arbeitsgruppen, Berücksichtigung der innovativen Ideen, von welcher Seite auch immer kommend), gemeinsames Treffen der Entscheidungen, Förderung der Ausbildung usw.

Diesem Modell folgend ist der Verantwortliche (z. B. der Primar einer Abteilung) jener, der, mit guten Kommunikationsfähigkeiten ausgestattet, die Gruppenarbeit fördert, seine Mitarbeiter als Partner und nicht als Untergebene betrachtet und der ihnen behilflich ist, die Ziele, die sie gemeinsam ausgearbeitet haben, zu erreichen (Ryback, 1997).

Die Vorteile einer guten Arzt(Gesundheitspersonal)-Patient-Kommunikation

Oft wird im Gesundheitsbereich die Fähigkeit, mit dem Patienten zu „sprechen“, als selbstverständlich angesehen, oder das Sprechen wird sogar als Zeitverlust betrachtet. In den letzten Jahren sind viele Arbeiten publiziert worden, die die Vorteile einer guten Arzt-Patient-Kommunikation aus klinischer Sicht bewiesen haben.

1) Eine gute Arzt-Patient-Kommunikation entspricht mehr dem Verlangen nach „Demokratie“ seitens der Patienten/Klienten (Coulter, 2002).

2) Sie hat eine klinisch bessere Wirkung, insbesondere wirkt sich die Fähigkeit des Arztes, empathisch zu sein, auf bessere „outcomes“ aus, wenn man als Parameter folgende Kriterien betrachtet: die emotionale Gesundheit, die Schmerzkontrolle, den arteriellen Blutdruck, die Blutzuckerwerte usw. (Simpson, 1991)

3) Eine gute Arzt-Patient-Kommunikation verbessert die diagnostischen Fähigkeiten des Arztes, da die meisten internistischen Diagnosen mittels Anamnese und klinischer Untersuchung gestellt werden können. Bernard Lown (1996, p. 148), der berühmte Kardiologe, meint:

„Wenn die Anamnese rasch erfolgt, verliert sich der Arzt in einer Unmenge von Möglichkeiten, die dann das Zurückgreifen auf die Technologie entschuldigen. Eine sorgfältige Anamnese hingegen, eine ausführliche Untersuchung und wenige Routineanalysen geben 85 % der Informationen, die man für die richtige Diagnose benötigt. Die teuren und invasiven Technologien sind viel weniger befriedigend und liefern nur 10 % der Daten, die zu einer sicheren Diagnose führen.“

4) Sie ist wirksamer in der Prävention und in der Gesundheitsförderung (Zucconi, 2003).

5) Sie führt zu einer größeren Adhäsion des Patienten an die Therapie (Epstein, 2004; Lowes, 1998).

6) Sie führt zu einer besseren Wahrnehmung der gewährleisteten Assistenz, des Dienstes, zu einem besseren Marketing des Sanitätsbetriebes. Die „Qualität“ kann nicht nur anhand der „Effizienzindikatoren oder anhand von Zahlen“ gemessen werden (z. B. anhand der Anzahl der Leistungen, der Geräteausstattung, Anzahl der Beschäftigten...) (Pagni, 2002). Heutzutage misst man der vom Patienten wahrgenommenen Qualität immer mehr Bedeutung zu. Damit eine Leistung wirklich valide ist, muss sie wohl technisch gesehen effizient sein, aber sie muss auch von einer guten Arzt-Patient Beziehung begleitet werden.

In Großbritannien möchte man demnächst das Feedback der Patienten in die Qualitätsindikatoren der Leistungen inkludieren (Coulter, 2002).

7) Eine gute Arzt-Patient-Kommunikation reduziert die Klagen für „malpractice“ (Forster et al., 2002).

Die Klagen gegen Ärzte sind beispielsweise von folgenden Faktoren abhängig: Unfähigkeit des Arztes, eine gute Kommunikationsbasis zu schaffen, erschwelter Zugang (keine Gesprächsbereitschaft), Empfehlung von Maßnahmen, die den Erwartungen des Patienten nicht entsprechen usw. (Hickson, 2002).

8) Sie verringert die Dauer der Visiten. Studien belegen, dass im Gegensatz zu dem, was viele Ärzte denken, das Ernstnehmen der Signale von Sorgen des Patienten die Dauer der ärztlichen Visite verringert (Levinson, 2000).

9) Sie bringt mehr Wohlbefinden für den Arzt. Die Inzidenz der Depression unter den Ärzten beträgt 40–50 % (in der Gesamt-

bevölkerung 17 %), die Suizidrate beträgt 41–48/100.000 (in der Gesamtbevölkerung 12/100.000). Eine bessere Kommunikation mit den Patienten, mit den Kollegen und den anderen dort Tätigen (Krankenpflegepersonal, Verwaltungspersonal) kann zu mehr Befriedigung, weniger Stress und Burn-out und zu einer besseren Lebensqualität führen (Graske, 2003).

Bei Berücksichtigung der vorhergehenden Punkte stellt sich heraus, dass eine effektive Arzt-Patient-Kommunikation wirtschaftlich vorteilhaft ist, weil sie bezüglich klinischer Outcomes effektiv ist, weil die Strukturen besser genutzt werden, weil das Personal weniger von der Arbeit fern bleibt und weil der „turn-over“ der Angestellten geringer ist.

Es folgt ein kurzer Bericht über die Erfahrungen, die wir während einiger Kommunikationskurse im Gesundheitsbereich gesammelt haben.

Kommunikationskurse in medizinischen Einrichtungen Bozen (Südtirol)

Vom Januar 1994 bis Mai 2004 wurden insgesamt 38 „Grundkurse“ (mit 600 Teilnehmern) abgehalten. Die Teilnehmer hatten die Möglichkeit, nach einem Jahr einen „Vertiefungskurs“ zu besuchen (bis jetzt haben wir 31 Kurse organisiert, mit 55 Teilnehmern / pro Jahr). Einige haben in diesen 10 Jahren mehrere Vertiefungskurse besucht. Die Teilnehmer waren aus verschiedenen Berufs- und Sprachgruppen (italienisch, deutsch, ladinisch). (Tabelle 1 und 2)

Berufsgruppen		
KrankenpflegerInnen	300	50,0%
Verwaltungspersonal	118	19,7%
Physio- und ErgotherapeutInnen	50	8,4%
Technisches Personal	43	7,3%
ÄrztInnen	27	4,5%
LogopädInnen	16	2,6%
ErnährungstherapeutInnen	12	2,0%
Medizinisch technische RadiologieassistentInnen	9	1,5%
Andere	9	1,4%
PsychologInnen	8	1,3%
SozialarbeiterInnen	8	1,3%

Tabelle 1

Sprachgruppe		
Italienisch	381	63,5%
Deutsch	191	31,8%
Ladinisch	28	4,7%

Tabelle 2

An diesen Trainings nahmen mehr Frauen (83%) als Männer (17%) teil. Die Meisten waren im Alter zwischen 25 und 45 Jahren. Der Großteil der Teilnehmer arbeitete im Krankenhaus (63%), die Anderen in externen Ambulanzen/Diensten. Jeder Kurs dauerte jeweils 3 Tage (insgesamt 18 Stunden) mit je 15 Teilnehmern und wurde vor allem (aber nicht nur) in italienischen Sprache abgehalten.

Das Programm der Grundkurse beinhaltete Fehler in der Kommunikation, effektives Zuhören bei verbalen und nicht-verbalen Botschaften, das helfende Gespräch, die Bewältigung von Konflikten, die „schwierigen“ Patienten. Das Programm wurde durch Rollenspiele, schriftliche und praktische Übungen in kleinen und großen Gruppen, Encounter-Gruppen entwickelt und immer an die Bedürfnisse der Teilnehmer angepasst.

Die Vertiefungskurse wurden als Encounter-Gruppen durchgeführt. Laut meiner Erfahrung waren folgende Themen für die Teilnehmer wichtig: *persönliche und professionelle Entwicklung, Bewältigung der Krisensituationen des Gesundheitspersonals, personzentrierte Medizin, Sterbebegleitung.*

Am Ende jedes Kurses haben die TeilnehmerInnen einen Fragebogen ausgefüllt und frei und anonym über einige Themen schreiben können: Zufriedenheit mit dem Training, persönliche Eindrücke, des ihrer Meinung nach am besten Gelernten, des noch zu Lernenden, Rückmeldungen für den Gruppenleiter, Anderes/Vorschläge.

Kommentare

Die meisten Teilnehmer (97,3%) waren „sehr zufrieden/zufrieden“ (Tabelle 3).

Sehr zufrieden	56,8%
Zufrieden	40,5%
Ich weiß nicht	1,1%
Enttäuscht	0,3%
Sehr enttäuscht	0
Nicht geantwortet	1,3%

Tabelle 3

Nur 7 Teilnehmer sind in diesen 10 Jahren vor Ende des Trainings (Grund- und Vertiefungskurse) ausgeschieden.

In diesen Trainings hat man versucht, den theoretisch-didaktischen Teil auf ein Minimum zu reduzieren und den erfahrungsbezogenen Aspekt in den Vordergrund zu stellen. Das war eine große Neuigkeit für den Großteil der Teilnehmer/Innen, die bisher Frontalunterricht und Vorträge gewohnt waren.

„Ich habe mich schnell wohlgefühlt. Mich haben die behandelten Themen sehr angesprochen, auch weil ich sie häufig in meinem Alltag selbst erlebe. Mir gefiel auch die Art und Weise, wie das

Praktische der Theorie vorgezogen wurde, oder besser noch, dass die Theorie von der Praxis abgeleitet wurde und damit jedem die Möglichkeit gegeben wurde, den übermittelten Inhalten eine persönliche Note zu geben. Auch die Atmosphäre war generell angenehm, der Referent nie belehrend.“

„Wenig Theorie – es gab nicht die übliche Position des Vortragenden hinter dem Rednerpult und den mitschreibenden Zuhörer-, der Kurs wurde größtenteils von den Teilnehmern gestaltet, natürlich in erster Linie mit der Hilfe des Referenten. Am Ende der 3 Tage waren die Teilnehmer Freunde geworden, offen, ehrlich untereinander und bereit, tatkräftig demjenigen zu helfen, der es am meisten benötigte. Es war ein tolles Gefühl.“

Schon nach 3 Tagen kam in diesen Gruppen trotz der Verschiedenartigkeit der Teilnehmer eine Atmosphäre der Vertrautheit auf.

„Mir gefiel es, mich in einer Situation zu befinden, wo ich frei vor ‚Fremden‘ sprechen konnte, ohne mich beurteilt zu fühlen. Ich lernte Personen kennen, die mir bleibende Eindrücke vermittelt haben.“

„Ich habe vom Kurs die besten Eindrücke erhalten, vor allem im Hinblick auf das Vertrauensverhältnis, das in der Gruppe aufgebaut wurde, und das ‚Gefühl‘, verstanden worden zu sein.“

Das ist unserer Meinung nach wichtig, denn diese Art der Gruppe kann für die verschiedenen Teilnehmer auch ein mögliches Modell für die Anwendung am Arbeitsplatz darstellen.

In diesen Gruppen ist es Personen verschiedenen Alters und Geschlechts sowie aus unterschiedlichen Sprachgruppen, Berufen und Verantwortungsebenen gelungen, zusammen zu arbeiten. Das war unserer Meinung nach möglich, weil die Teilnehmer die Möglichkeit gehabt haben, sich als „Menschen“ zu begegnen, zusammen zu arbeiten und nicht mehr versteckt hinter einer Maske, einem Kittel oder einem Schreibtisch.

Das hat den Gruppen mehr Erfahrungsreichtum gebracht und hat das Verständnis für die Probleme der anderen Beschäftigten im Gesundheitswesen und der anderen Dienste begünstigt. Sehr positiv wirkte sich auch die Möglichkeit aus, sich mit Ärzten und mit anderen Bediensteten, die eine Führungsrolle innehaben, konfrontieren zu können. Viele wünschen in Zukunft eine zahlreichere Teilnahme der Führungskräfte an diesen Kursen.

„Es war sehr schön zu beobachten, dass auch Ärzte und KrankenpflegerInnen und Primare für die Kommunikation Interesse haben, dass sie ‚menschlich‘ wie alle sein möchten.“

„In diesem Kurs konnte jede/r sein, wie sie/er wirklich ist, ohne etwas beweisen zu müssen. Ich spürte sehr stark das Bedürfnis nach Echtheit und nicht nach abstrakten Gesprächen. Was mir

eine große Freude bereitet hat, war, als Mensch betrachtet zu werden und zu wissen, dass andere Personen für mich Interesse hatten und mir zuhörten.“

Die Teilnehmer haben über ihre eigenen Probleme sprechen können, sie analysieren, miteinander vergleichen, ihre Spannungen und Sorgen ausdrücken können. Sie haben hierbei nicht nur von Seiten des Referenten, sondern auch von Seiten der Gruppe Unterstützung gefunden, und für Viele war das eine Möglichkeit, neue Kraft zu schöpfen:

„Es freut mich, von den anderen viel Kraft, den eisernen Willen, mich zu verbessern und viele neue Energien zu bekommen. Ich bin erfreut, dass aus vielen negativen, leidvollen Gefühlslagen letzten Endes immer Positives erwächst.“

Für einige war das Training eine Möglichkeit, eigene Fehler zu entdecken und die Kommunikation zu verbessern, vor allem: dem anderen zuzuhören, ihn zu verstehen, mehr Selbstbewusstsein zu haben, mehr Selbstachtung zu entwickeln, mehr Fähigkeit zu entwickeln, Konflikte anzugehen und zu lösen.

Um mit den Patienten und den Kollegen kommunizieren zu lernen, genügen 3 Tage Kurs nicht. Viele haben dann an den Vertiefungskurse oder an anderen Fortbildungen teilgenommen.

„Ich bin froh, dass ich diese ‚Art zu sein‘ auf vollständige Weise verstanden habe. Ich empfinde die Theorie als einfach, habe aber Schwierigkeiten, sie in die Praxis umzusetzen. Verschiedene meiner Ansichten geraten in ‚Krise‘, aber ich fühle sie (diese Art zu sein) so ‚kongruent‘ mit dem, was ich bin, dass ich es vorziehe, sie mir zu eigen zu machen und mich an die Arbeit zu begeben. Ich weiß, dass mich eine Menge Arbeit erwartet, und ich habe Angst, mich zu verirren.“

Einige Überlegungen der Autoren

Es ist schwer zu beurteilen, inwieweit diese Trainings für das Gesundheitswesen wichtig sind. Das ist auch nicht das Ziel von diesem Bericht.

Diese Initiative besteht seit 10 Jahren, immer mit vielen Teilnehmern und vollbesetzten Kursen. Die Besucher machen gute „Publicity“ und „schicken“ ihre Kollegen, die Verwaltung ist zufrieden ... Das alles sind positive und ermutigende Zeichen, auch für den Gruppenleiter.

Andererseits ist der größte Teil unserer Arbeitszeit der Beziehung zu den anderen gewidmet: Patienten, deren Verwandten, Kollegen und anderen Berufsgruppen. In vielen Abteilungen bestehen neben dem Stress mit den Schwerkranken auch Spannungen auf Grund von Kommunikationsproblemen, im Besonderen wegen nicht gelöster Konflikte mit Kollegen und Vorgesetzten. In solch einem „schwierigen“ Klima wechselt das Personal häufig und ist die Qualität der erbrachten Leistung vermindert. Etwas Zeit und Energie für die Verbesserung unserer Beziehungen zu anderen zu widmen, scheint uns eine sehr wichtige Investition, nicht nur für uns selbst, sondern auch, um allen Hilfesuchenden besser helfen können.

Leider gibt es keine magischen Rezepte oder wundersame Techniken, dank derer plötzlich alles leicht wird oder dank jener wir imstande sind, mit jedem zu sprechen und jeden Konflikt zu lösen. Die Fähigkeit zur Kommunikation, die jeder von uns hat, zu entwickeln und zu verbessern, ist eine verpflichtende und anstrengende Aufgabe: es handelt sich dabei um einen langsamen und manchmal auch schmerzhaften Prozess in der Entwicklung der eigenen Persönlichkeit (Finke, 2003; Speierer, 2003).

Uns scheint aber, dass immer mehr Personen diese Herausforderung annehmen, denn im Grunde genommen ist im Einklang mit sich selbst sein und eine gute Beziehung zu den anderen haben das, was unsere Lebensqualität ausmacht.

Schlussfolgerungen

Im Gesundheitswesen finden zur Zeit wichtige Änderungen statt, die eine verstärkte Zusammenarbeit und eine bessere Kommunikation zwischen Bürgern und Patienten, Bürgern und den in den Gesundheitsberufen Tätigen, Verwaltern und Politikern erfordern werden.

Dies könnte zu einer Verbesserung der Qualität der Versorgung und der Gesundheit aller Bürger führen und zu einem stärkeren Bewusstsein der Probleme, die sich in Zukunft ergeben werden. Diese Probleme werden sein: eine immer älter werdende Bevölkerung, die medizinische Betreuung benötigt, eine deutliche Zunahme chronischer Erkrankungen und psychosomatischer Erkrankungen, schwierige ethische Problematiken (Genforschung, Klonen, Euthanasie usw.), die notwendigen Sparmaßnahmen und so fort.

Wir denken, dass der „Personzentrierte Ansatz“, der den Menschen in seiner personalen Würde in den Mittelpunkt stellt, sehr aktuell ist, sodass er in der Ausbildung der Ärzte und der übrigen im Gesundheitswesen tätigen Berufe einen festen Platz haben sollte.

Literatur

- Adams, P. & Mylander, M. (1993). *Gesundheit!* Vermont: Healing Art Press.
- Astin, J. A. (1998). Why patients use alternative medicine: Results of a national study. *The Journal of the American Medical Association*, 279, 1548–1553.
- Barry, C. A., Bradley, C. P., Britten, N., Stevenson F. A. & Barber, N. (2000). Patients' unvoiced agendas in general practice consultations: qualitative studies. *British Medical Journal*, 320, 1246–1250.
- Berger, J. T., Coulehan, J. & Belling, C. (2004). Humor in the physician-patient encounter. *Archives of Internal Medicine*, 164, 825–830.
- Bodenheimert, T., Wagner, E. H. & Grumbach, K. (2002). Improving primary care for patients with chronic illness. *The Journal of the American Medical Association*, 288, 1775–1779.
- Capra, F. (1982). *The turning point*. New York: Simon and Schuster; dt. 2004: *Wendezeit. Bausteine für ein neues Weltbild*. München: Knauer Taschenbücher.
- Coulter, A. (2002). After Bristol: putting patients at the centre. *British Medical Journal*, 324, 648–651.
- De Hennezel, M. (1995). *Nous ne nous sommes pas dit au revoir*. Paris: Edition Robert Laffont; ital. 1996: *La morte amica. Lezioni di vita da chi sta per morire*. Milano: Rizzoli; dt. 1996: *Den Tod erleben*. Köln: Bastei Lübbe.
- Epstein, R. M., Alper, B. S. & Quill, T. (2004). Communicating evidence for participatory decision making. *The Journal of the American Medical Association*, 291, 2359–2366.
- Finke, J. (2003). Schwierigkeiten und Chancen in der Personenzentrierten Weiterbildung von Ärzten. *Person*, 2, 151–157.
- Forster, H. P., Schwartz, J. & DeRenzo, E. (2002). Reducing legal risk by practicing patient-centered medicine. *Archives of Internal Medicine*, 162, 1217–1219.
- Fortin, A. H. & Gergen Barnett, K. (2004). Medical school curricula in spirituality and medicine. *The Journal of the American Medical Association*, 291, 2883.
- Gerteis, M., Edgman-Levitan, S., Daley, J. & Delbanco T. L. (2002). *Through the patient's EYES. Understanding and promoting patient-centered care*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Gordon, T. (1995). *Making the patient your partner. Communication skills for doctors and other caregivers*. Westport, Connecticut: Auburn House; dt. 1997: *Patientenkonferenz. Ärzte und Kranke als Partner*. Hamburg: Hoffman and Campe.
- Graske, J. (2003). Improving the mental health of doctors. *British Medical Journal*, 327, 188.
- Hickson, G. B., Federspiel, C. F., Pichert, J. W., Miller, C. S., Gauld-Jaeger, J. & Bost, P. (2002). Patient complaints and malpractice risk. *The Journal of the American Medical Association*, 287, 2951–2957.
- Larson, D. (1993). *The helper's Journey. Working with people facing grief, loss and life-threatening illness*. Champaign, IL: Research Press.
- LeShan, L. (1989). *Cancer as a turning point*. New York: E. P. Dutton; dt. 1993: *Diagnose Krebs. Wendepunkt und Neubeginn*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Levenstein, J. H., McCracken, E. C., McWhinney, I. R., Stewart, M. A. & Brown, J. B. (1986). The patient-centred clinical method: a model for the doctor-patient interaction in family medicine. *Family Practice*, 3, 24–30.
- Levin, S., Larson D. B. & Puchalski C. M. (1997). Religion and spirituality in medicine: research and education. *The Journal of the American Medical Association*, 278, 792–793.
- Levinson, W., Gorawara-Bhat, R. & Lamb, J. (2000). A study of patient clues and physician responses in primary care and surgical settings. *The Journal of the American Medical Association*, 284, 1021–1027.
- Locke, S. & Colligan, D. (1986). *The Healer within*. New York: E. P. Dutton.
- Lowes, R. (1998). Patient-centered care for better patient adherence. *Family Practice Management, March*.
- Lown, B. [1996] (1997) *L'arte perduta di guarire. I consigli di un grande medico per un ritorno a una medicina più umana*. Cernusco s/N Milano: Garzanti; Orig. 1996: *The lost art of healing*. Boston: Houghton Mifflin.
- Meryn, S. (1998). Improving doctor-patient communication. Not an option, but a necessity. *British Medical Journal*, 316, Editorial.
- Metz, C. (2002). Personenzentrierte Trauertherapie und Palliative Care. In W. W. Keil & G. Stumm (Hrsg.), *Die vielen Gesichter der Personenzentrierten Psychotherapie* (S. 585–607). Wien, New York: Springer.
- Moja, E. A. & Vegni, E. (2000). *La visita medica centrata sul paziente*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Ottawa-Charta (1986). (Online), <http://www.gesunde-staedte-netzwerk.de/ottawa-charta.htm>; zuletzt aufgerufen am 5.11.2004.
- Pagni, A. (2002). La sanità prigioniera di un'economia "autistica". *Professione*, 10 (8), 4–5.
- Perino, F. & Andreolli, C. (2003). Spiritualità e trascendenza nella relazione di aiuto secondo l'Approccio Centrato sulla Persona. *Da Persona a Persona, Rivista di Studi Rogersiani, ottobre*, 37–56.
- Quill, E. T. (1989). Recognizing and adjusting to barriers in doctor-patient communication. *Annals of Internal Medicine*, 111, 51–57.
- Ripke, T. (1994). *Patient and Arzt im Dialog. Praxis der ärztlichen Gesprächsführung*. Stuttgart: Thieme.
- Rogers, C. R. (1957a). The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. *Journal of Consulting Psychology* 21 (2), 95–103.
- Rogers, C. R. (1959a/1987). A theory of therapy, personality, and interpersonal relationships, as developed in the client-centered framework. In Koch, Sigmund (Ed.), *Psychology. A study of science. Vol. III: Formulations of the person and the social context* (pp. 184–256). New York: McGraw Hill; dt. 1987: *Eine Theorie der Psychotherapie, der Persönlichkeit und der zwischenmenschlichen Beziehungen, entwickelt im Rahmen des klientenzentrierten Ansatzes*. Köln: GwG.
- Rogers, C. R. (1961a/1973). *On becoming a person. A therapist's view of psychotherapy*. Boston: Houghton Mifflin; dt. 1973: *Entwicklung der Persönlichkeit. Psychotherapie aus der Sicht eines Therapeuten*. Stuttgart: Klett.
- Rogers, C. R. (1977a/1987). *On personal power. Inner strength and its revolutionary impact*. New York: Delacorte; dt. 1978: *Die Kraft des Guten. Ein Appell zur Selbstverwirklichung*. München: Kindler.
- Rogers, C. R. (1980/1981). *A way of being*. Boston: Houghton Mifflin; dt. 1981: *Der neue Mensch*. Stuttgart: Klett.
- Ryback, D. (2000) *Emotionale Intelligenz in Management. Wege zu einer neuen Führungsqualität*. Köln: GwG; Orig. 1997: *Putting emotional intelligence to work. Successful leadership is more than IQ*. Woburn, MA: Butterworth-Heinemann.
- Sacks, O. (1995). *An anthropologist on Mars. Seven paradoxical tales*. New York: Knopf Publisher.
- Schmid, P. F. (2001). Personenzentrierte Persönlichkeits- und Beziehungstheorie. In P. Frenzel, W. W. Keil, P. F. Schmid & N. Stözl (Hrsg.), *Klienten-/Personenzentrierte Psychotherapie*. Wien: Facultas.
- Schwarz, S. B. (2001). *Person-Centered Medical Practice. The Person-Centered Journal*, 8. (Online), <http://www.centerfortheperson.org/carlrogers.html>; zuletzt aufgerufen am 5.11.2004.
- Simpson, M. J., Buckman, M. S., Stewart, M., Maguire, P., Lipkin, M., Novack, D. & Till, J. (1991). Doctor-patient communication: the Toronto consensus statement. *British Medical Journal*, 303, 1385–1387.

- Speierer, G. W. (2003). Personenzentrierte Ansätze in der Medizinischen Psychologie. *Person, 2*, 164–167.
- Stewart, M. (2001). Towards a global definition of patient centred care. *British Medical Journal, 322*, Editorial.
- Stewart, M., Brown, J. B., Weston, W. W., McWhinney I. R. & Freeman, T. R. (1995). *Patient-centered medicine. Transforming the clinical method*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Stumm, G. & Keil, W. W. (2002). Das Profil der Klienten-/Personenzentrierten Psychotherapie. In W. W. Keil & G. Stumm (Hrsg.), *Die vielen Gesichter der Personenzentrierten Psychotherapie* (S. 585–607). Wien, New York: Springer.
- Suchman, A. L. & Matthews, D. A. (1988). What makes the patient-doctor relationship therapeutic? Exploring the connexional dimension of medical care. *Annals of Internal Medicine, 108*, 125–130.
- Suchman, A. L., Markakis, K., Beckman, H. B. & Frankel, R. (1997). A model of empathic communication in the medical interview. *The Journal of the American Medical Association, 277*, 678–682.
- Veronika, 53 Jahre: nicht veröffentlichte Interviews, von Dr. Franco Perino im August 1995 durchgeführt.
- Wood, J. K. (1997). Carl Rogers and transpersonal psychology. Estância Jatobá Jaguariúna, Brazil, Our wine existed before what you call the grape and the vine. Ibn el-Farid, Presentation at the *VI International Holistic and Transpersonal Congress, Aquas de Lindoia, Brazil 1997*. (Online), <http://members.1012surfnet.at/pfs/indexpapersdiv.htm>; zuletzt aufgerufen am 5. 11. 2004.
- Zucconi, A. & Howell, P. (2003). *La promozione della salute. Un approccio globale per il benessere della persona e della società*. Molfetta, BA: La Meridiana.

Autoren

Dr. med. Franco Perino, geb. 1957, Facharzt für Haut u. Geschlechtskrankheiten und Ausbildung für Psychotherapie, Oberarzt an der dermatologischen Abteilung des Krankenhauses Bozen (Südtirol), Lehrtherapeut in Gesprächstherapie im Gesundheitswesen in Südtirol und für das „Istituto dell’Approccio Centrato sulla Persona“ von Rom. Arbeitsschwerpunkte: Ausbildung der Berufsgruppen die im Gesundheitswesen arbeiten, Kommunikation zwischen Arzt und Patient, Spiritualität.

Dr. med. Elena Polestra, geb. 1970, Ärztin für Allgemeinmedizin, in Ausbildung für das Fach Haut u. Geschlechtskrankheiten.

Kontaktadresse

*Dr. Franco Perino
Dermatologie
Allgemeines Krankenhaus
Lorenz Böhlerstr. 5
39100 Italien
rxnpe@tin.it*