OST-WEST-EXPRESS.
KULTUR UND ÜBERSETZUNG

Empathie im Umgang mit dem Tabu(bruch)

Kommunikative und narrative Strategien

Karl-Dieter Johannsmeyer /
Gabriela Lehmann-Carli / Hilmar Preuß (Hg.)

Frank & Timme

Verlag für wissenschaftliche Literatur

Karl-Dieter Johannsmeyer / Gabriela Lehmann-Carli / Hilmar Preuß (Hg.)
Empathie im Umgang mit dem Tabu(bruch)

Ost-West-Express. Kultur und Übersetzung,
herausgegeben von Jekatherina Lebedewa
und Gabriela Lehmann-Carli, Band 19

Karl-Dieter Johannsmeyer / Gabriela Lehmann-Carli /
Hilmar Preuß (Hg.)
unter Mitarbeit von Betty Johannsmeyer

Empathie im Umgang mit dem Tabu(bruch)

Kommunikative und narrative Strategien

Frank & Timme
Verlag für wissenschaftliche Literatur

Umschlagabbildung: © Gabriela Lehmann-Carli

ISBN 978-3-7329-0066-4
ISSN 1865-5858

© Frank & Timme GmbH Verlag für wissenschaftliche Literatur
Berlin 2014. Alle Rechte vorbehalten.

Das Werk einschließlich aller Teile ist urheberrechtlich geschützt.
Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechts-
gesetzes ist ohne Zustimmung des Verlags unzulässig und strafbar.
Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen,
Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in
elektronischen Systemen.

Herstellung durch das atelier eilenberger, Taucha bei Leipzig.
Printed in Germany.
Gedruckt auf säurefreiem, alterungsbeständigem Papier.

www.frank-timme.de

Inhaltsverzeichnis

Karl-Dieter Johannsmeyer, Gabriela Lehmann-Carli, Hilmar Preuß
Empathie im Umgang mit dem Tabu(bruch)?! Vorwort der Herausgeber 9

I Placebo „sprechende" Medizin? Ärztliche Empathie in der Kommunikation über die Tabuzonen Krankheit und Tod

Karl-Dieter Johannsmeyer
Empathie als Voraussetzung für den Erfolg ärztlichen Handelns – quo vadis? 23

Ute Berndt
Empathie und Tabu(bruch) in der ärztlichen Kommunikation mit Karzinompatienten 47

Gabriela Lehmann-Carli
Empathie im Umgang mit dem Tabu(bruch)? Arzt-Patient-Kommunikation in Aleksandr I. Solženicyns *Rakovyj Korpus* (*Krebsstation*) 67

Christine Klapp
Überbringung schlechter Nachrichten: Der Dialog mit dem/der (onkologischen)Patienten/in in Krisensituationen 107

Joachim Kornelius
Euphemismen in der Arzt-Patient-Kommunikation: Über den Schrecken der Wörter, Kollokationen und Partikel im Kopf des Patienten beim Zahnarzt 121

© Frank&Timme Verlag für wissenschaftliche Literatur

II Empathie und Tabu bei der Bewältigung von persönlichen Krisen und existentiellen Grenzerfahrungen

Romuald Cudak
Tabu und der thanatologische Diskurs **135**

Hans Lehnert
Beamtinnen in Polizeieinsätzen mit psychiatrischem Hintergrund **145**

Maike Schult
***„Von Amts wegen barmherzig"?* Empathie und Tabu(-bruch) im Pfarrberuf** **157**

Christiane Luderer
Empathie im Umgang mit dem Tabu(bruch) – Feinfühligkeit in der Gesundheitsversorgung. Dyaden in der Videointeraktionsanalyse **177**

Markus Wübbeler
Empathie im Spannungsfeld der Demenz **197**

III Empathische (narrative) Strategien im Umgang mit dem Tabubruch

Werner Nell
Tabubruch mit und Tabubruch ohne Empathie – zwei Erzählungen von Philip Roth und eine von Maxim Biller **215**

Eva Kowollik
„Ich schaue sie an". Empathie als künstlerischer Zugang in Dragana Mladenovićs *Rodbina* **237**

Hilmar Preuß
Empathiepotentiale in Vladimir Korolenkos *Slepoj muzykant* (*Der blinde Musiker*) **267**

 © Frank & Timme Verlag für wissenschaftliche Literatur

Agniezka Tambor
Tabus im Film – gestern und heute **285**

IV Tabufelder Körper und Sexualität in der russischen und polnischen Kultur

Jekatherina Lebedewa
Körper und Tabu – zur ambivalenten Körperauffassung in der russischen Kultur **297**

Jolanta Tambor
Scham als Basis moderner Tabus. Das Sprechen über Sexualität in der polnischen Gegenwartssprache **305**

Björn Seidel-Dreffke
Jugend als unerreichbares Begehren – Überlegungen zu den Texten Evgenij V. Charitonovs **321**

Zu den Autorinnen und Autoren **337**

© Frank&Timme Verlag für wissenschaftliche Literatur

Karl-Dieter Johannsmeyer, Gabriela Lehmann-Carli, Hilmar Preuß

Empathie im Umgang mit dem Tabu(bruch)?! Vorwort der Herausgeber

„Wir versetzen uns gedanklich in einen anderen Menschen […]. Mit dieser Methode begreifen und bauen wir von innen heraus die ganze Welt auf, wie wir sie kennen […]. Es ist die Wiederherstellung der gleichsam zerstörten Einheit zwischen den Wesen. Man tritt aus sich selbst heraus und in einen anderen ein."[1] *(Lev Tolstoj)*

Im Band *Empathie im Umgang mit dem Tabu(bruch): Kommunikative und narrative Strategien* werden in Anknüpfung an die Pilotpublikation von 2013[2] spezifische Empathie-Konzepte im Hinblick auf ihre funktionalen Prämissen interdisziplinär diskutiert. Analysiert werden kommunikative und narrative Aspekte im Umgang mit dem Tabu bzw. zur Bewältigung von Tabubruch im medizinischen und psychotherapeutischen Bereich, in verschiedenen lebensweltlichen Konstellationen, beim Sprachgebrauch sowie in der Literatur und im Film.

Wie verschieben sich ggf. Grenzen in den Tabufeldern wie Krankheit, Tod, Körperlichkeit und Sexualität? Inwiefern zeigen sie Identitätsveränderungen an? Die interkulturelle Perspektive ist besonders durch Themen aus dem polnischen, russischen, serbischen und amerikanischen Bereich präsent.

Was fördert oder blockiert Empathie? Welche Formen von Empathie werden zur Bewältigung des Tabu(bruch)s und zur Verschiebung von Tabuschwellen eingesetzt? Welche Tabus und Tabubrüche können in besonderem Maße Empathie induzierend (oder auch blockierend) auf den Beteiligten, den Beobachter, den Leser oder den Zuschauer wirken?

1 Tolstoi, Lew (1979): *Tagebücher 1847–1910*. München: Winkler, S. 460.

2 Lehmann-Carli, Gabriela (Hg.) (2013): *Empathie und Tabu(bruch) in Kultur, Literatur und Medizin*. Unter Mitarbeit von Hilmar Preuß, Berlin: Frank & Timme (=Ost-West-Express. Kultur und Übersetzung, Bd. 14).

© Frank&Timme Verlag für wissenschaftliche Literatur

Die Autoren der Beiträge dieses Bandes sind Mediziner, Komparatisten, Kultur-, Literatur-, Sprach- und Übersetzungswissenschaftler, Sozialpädagogen und Psychotherapeuten, Praktische Theologen, Gesundheits- und Pflegewissenschaftler. Als eine Diskussionsplattform diente der vom 2. bis 3. Mai 2013 an der Universität Halle durchgeführte Workshop des IFETÜ „Empathie im Umgang mit dem Tabu(bruch): Kommunikative und narrative Strategien".

Empathie als resonantes Mitfühlen ist inzwischen zu einem Schlüsselthema ganz verschiedener Disziplinen avanciert. Nach der Entdeckung der „Spiegelneurone" werden immer mehr Hirnareale identifiziert, in denen sie ihre Wirkung entfalten. Ist Empathie ausschließlich ein Ergebnis ihres Feuerns, ihrer Aktivität oder sind ggf. noch andere neuronale Prozesse daran beteiligt?[3] Wie viel empathisches Potential ist im Menschen schon evolutionär oder genetisch angelegt? Inwieweit ist empathisches Vermögen zudem in der Sozialisation erworben und durch entsprechende Erfahrungen trainierbar? Und fördert Empathie eigentlich prosoziales Verhalten? Kann sie andererseits nicht nur funktional, sondern womöglich auch manipulativ eingesetzt werden? Hier seien nur einige der zahlreichen Fragen angedeutet, die sich bezüglich des anthropologisch so relevanten Phänomens der Empathie immer wieder stellen.

Claudia Breger und Fritz Breithaupt zufolge ist das in unserer Sozialisation erworbene Wissen über die Kodierungen von Emotionen[4] und kognitiven Prozessen Voraussetzung für das Verstehen anderer:

> Selbst die automatisierten, im Moment des Geschehens zweifellos präreflexiven Prozesse der Empathie, die die Gehirnforschung aufzeichnet, verweisen in diesem Sinne nicht notwendig darauf, dass wir unser Gegenüber schlicht qua geteilter Menschlichkeit verstehen, sondern auch darauf, dass wir gewohnt sind, auf bestimmte Kodes zu reagieren. Durch derartige Kodes werden wir von unserem kulturellen Umfeld auf bestimmte Aus-

3 Siehe dazu: Häusser, Leonard F. (2012): „Empathie und Siegelneurone. Ein Blick auf die gegenwärtige neuropsychologische Empathieforschung". In: *Prax. Kinderpsychol. Kinderpsychiat.* 61 (5): S. 322–335; Ruckmann, Judith/ Rief, Winfried (2013): „Empathie: neurowissenschaftliche Grundlagen, klinische Implikationen und offene Fragestellungen". In: *Verhaltenstherapie* 23: S. 23–34.

4 Siehe auch die Forschungen des seit Ende 2007 existierenden Exzellenzclusters „Languages of Emotion": Freie Universität exzellent. Eine Zwischenbilanz. Gefühle sprechen lassen. Wie Kunstwerke uns emotional bewegen ist einer der Schwerpunkte, mit denen sich Wissenschaftler des Clusters „Languages of Emotion" beschäftigen (*Der Tagesspiegel*, FREIE UNIVERSITÄT BERLIN, 16. April 2011, Nr. 28949. B 7).

© Frank & Timme Verlag für wissenschaftliche Literatur

> drucksformen sensibilisiert und zur Empathie – in bestimmten, historisch-kulturell variierenden Formen – trainiert.[5]

Thiemo Breyer geht von einer Performativität sozialer Empathie-Rollen sowie einem empathischen Habitus aus und verweist darauf, dass Empathie eine soziale Praxis ist, die „zur Entwicklung und Regulierung von Affekten maßgeblich beiträgt. Als soziale Form des Umgangs unterliegt sie kulturellen Kodierungen, die von den Mitgliedern einer Gemeinschaft in typischen Interaktionen habitualisiert werden".[6]

Auch lassen sich von der menschlichen Fähigkeit zur Fiktion Aufschlüsse über die kognitiven Fähigkeiten des Menschen per se erwarten. Die beim Menschen entwickelte narrative Empathie erfasst „Formen des Gedankenlesens, Mitfühlens und Mitleidens[7] und ordnet sie ihrer Struktur unter"; Menschen besitzen also „die Fähigkeit zu fiktivem Denken und zur Erschaffung elaborierter imaginärer Welten"[8]:

> Möglicherweise hält narrative Literatur also einen Schlüssel zu dem erstaunlichen menschlichen Vermögen der Empathie bereit. Zugleich aber hat erzählende Literatur auch einen wohl nicht unwesentlichen Anteil in dem Einüben von Mustern der Empathie.[9]

Martin Fontius hat im historischen Wörterbuch „Ästhetischer Grundbegriffe" das komplexe Stichwort „Einfühlung/Empathie/Identifikation" begriffsgeschichtlich reflektiert. Dabei legt er besonderen Wert auf die Verbindung von Einfühlung und Distanz. Der Therapeut oder Arzt muss nach dem Einfühlen in den Patienten wieder das Ich vom Nicht-Ich trennen, um rational agieren zu können. Ebenso bedarf es in der ästhetischen Erfahrung nach der Einfühlung der Distanz.[10] Analog dazu hatte Hans Robert Jauß bereits 1976 in

5 Breger, Claudia/Breithaupt, Fritz (2010): „Einleitung". In: Breger, Claudia/Breithaupt, Fritz (Hg.): *Empathie und Erzählung.* Freiburg i. Br., Berlin, Wien: Rombach, S. 12.

6 Breyer, Thiemo (Hg.) (2013): *Grenzen der Empathie. Philosophische, psychologische und anthropologische Perspektiven.* München: Wilhelm Fink Verlag, S. 24–26.

7 Großmann, Hans-Heinrich (2012): „Von Mitleid und Empathie. On pity and empathy". In: *Deutsche Medizinische Wochenschrift* 137, S. 2689–2690.

8 Breithaupt, Fritz (2009): *Kulturen der Empathie.* Frankfurt a. M.: Suhrkamp (=suhrkamp taschenbuch wissenschaft 1906), S. 14.

9 Ebd.

10 Fontius, Martin (2001/2010): „Einfühlung/Empathie/Identifikation", Stuttgart. In: Barck, Karlheinz/Fontius, Martin/Schlenstedt, Dieter/Steinwachs, Burkhardt/Wolfzettel, Friedrich: *Ästhetische Grundbegriffe (ÄGB). Historisches Wörterbuch in sieben Bänden, Bd. 2 Dekadent – Gro-*

seiner Theorie ästhetischer Erfahrung den unentbehrlichen Akt der Distanznahme mit dem ästhetischen „Affekt des Sich-Einfühlens in das fremde Ich" verbunden.[11]

Wie weit geht das Sich-Einfühlen überhaupt? Glauben wir in unserer Annahme von Ähnlichkeit vielleicht, uns viel besser in den Anderen hineinversetzen zu können, als dies tatsächlich der Fall ist und sein kann? Malte-Christian Gruber hat darauf hingewiesen, die „eingefühlte" Wahrnehmung unterscheide sich

> nicht bloß in ihrer Intensität und Lebendigkeit vom eigenen Erleben. Vielmehr ist diese Erfahrung insofern andersartig, als dem Erfahrungssubjekt neben der unmittelbaren Aktivierung seiner Spiegelneurone regelmäßig auch unmittelbar klar ist, dass es sich dabei um die simulierte Erfahrung des Anderen handelt.[12]

In diversen Konstellationen von Einfühlung und Distanz wird in diesem Band das Problem erörtert, welche Folgen das empathische Vermögen bzw. empathische Strategien des Arztes, des Therapeuten, des Seelsorgers usw. für den Umgang mit dem Tabu in der Praxis haben (u. a. Bewahrung des Tabus, z. T. ritualisierte temporäre Tabuaufhebung, Umgehungsstrategien oder Tabubruch). Wie und mit welchen narrativen Mitteln kann dieser Zusammenhang von Empathie und Tabu(bruch) dann in der Literatur dargestellt werden? Und wie sollen Empathie beim Leser induziert und das Tabu thematisiert bzw. der Tabubruch legitimiert werden? Tabuschwellen unterliegen einem stetigen Wandel. Inwiefern sind Tabus und Tabubrüche auch aus diagnostischen und therapeutischen Gründen erforderlich und wie sind sie mittels Empathie[13] zu bewältigen?

---

tesk. Stuttgart, Weimar: Metzler, S. 134, linke Spalte (siehe auch das gesamte Stichwort, S. 121–142).

11 Jauß, Hans Robert (1982): *Ästhetische Erfahrung und literarische Hermeneutik.* Frankfurt a. M.: Suhrkamp, S. 271.

12 Gruber, Malte-Christian (2012): „Normen der Empathie – zur Einfühlung". In: Gruner, Malte-Christian/Häußler, Stefan (Hrsg.): *Normen der Empathie.* Berlin: tra*fo* (=Beiträge zur Rechts-, Gesellschafts- und Kulturkritik, Bd. 11), S. 13.

13 Siehe auch: Schmitt, Hanspeter (2003): *Empathie und Wertkommunikation. Theorie des Einfühlungsvermögens in theologisch-ethischer Perspektive.* Freiburg, Wien (=Studien zur theologischen Ethik, Bd. 93); Rifkin, Jeremy (2010): *Die empathische Zivilisation. Wege zu einem globalen Bewusstsein.* Frankfurt: Campus-Verl.; Wöhrle-Chon, Roland (2001): *Empathie und Moral. Eine Begegnung zwischen Schopenhauer, Zen und der Psychologie.* Frankfurt a. M. [u. a.]: Lang (=Europäische Hochschulschriften, Reihe VI. Psychologie, Bd. 666).

© Frank & Timme Verlag für wissenschaftliche Literatur

Man kann davon ausgehen, dass die Konfrontation mit Tabus und mit dem Tabubruch in besonderem Maße Empathie induzieren und blockieren kann. Bekannt ist, dass Spiegelneurone in der Regel speziell bei konkreten emotionalen Reaktionen mit auslösendem Stimulus aktiviert werden.

Erörtert werden empathische Strategien und Defizite im Umgang mit wichtigen Tabuzonen, zum Teil in schwierigen Konstellationen oder gar in existentiellen Grenzsituationen, speziell im Kontext der der Arzt-Patient-Kommunikation. Wie gestaltet sich ärztliche Empathie[14] bei der kommunikativen Bewältigung von Tabu(bruch) in Diagnose- und Untersuchungssituationen, auch im Fall der Übermittlung schwieriger oder gar infauster Diagnosen? Worin sind Empathie-Defizite im medizinischen Bereich begründet und welche Perspektiven bestehen für eine „narrative based medicine", eine „sprechende Medizin"?

Ein Schwerpunkt dieses Bandes ist die Frage nach dem Placebo-Effekt ärztlicher Empathie in der Arzt-Patient-Kommunikation, selbst im Umgang mit solchen Tabuzonen wie Krankheit und Tod.

Horst Gross hat vor Kurzem bezüglich der Arzt-Patient-Kommunikation über die „Wunderdroge Empathie. Nebenwirkungsfrei und hoch wirksam"[15] reflektiert. Dabei verweist er auf den bereits seit der Antike beachteten Dualismus von Behandeln und Heilen. Hippokrates habe seine Schüler angehalten, „Heilkräuter nicht ohne den richtigen Spruch anzuwenden". Neuere Studien belegen die heilende Wirkung empathischer Kommunikation[16]. Doch in der heutigen Medizin wird „der Patient zu oft nicht mehr als Subjekt, sondern als zu behandelndes Objekt gesehen, dessen Zustimmung zur Therapie man noch irgendwie erhalten muss. Es liegt also neben den Bestrebungen für die Autonomie des Patienten zugleich auch eine gewisse Entindividualisierung der Medizin vor"[17].

Der Mediziner **Karl-Dieter Johannsmeyer** stellt in diesem Kontext die Frage nach der **Empathie als Voraussetzung für den Erfolg ärztlichen Handelns**

14 Neumann, Melanie/Scheffer, Christian/Tauschel, Diethard/Lutz, Gabriele/Wirtz, Markus/Edelhäuser, Friedrich (2012): „Ärztliche Empathie: Definition, Outcome-Relevanz und Messung in der Patientenversorgung und medizinischen Ausbildung". In: *GMS Zeitschrift für Medizinische Ausbildung*, Vol. 29 (1), S. 11–21.

15 In: *hautnah dermatologie* (2013); 29 (6), S. 342–345.

16 Gottschlich, Maximilian (2007): *Medizin und Mitgefühl. Die heilsame Kraft empathischer Kommunikation*. 2., vollständig überarbeitete Auflage. Wien, Köln, Weimar: Böhlau Verlag.

17 Jagow, Bettina von/Steger, Florian (2009): *Was treibt die Literatur zur Medizin? Ein kulturwissenschaftlicher Dialog*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht, S. 22–23.

– quo vadis? Er beschreibt die Gratwanderung zwischen Ökonomisierung der Medizin (Patienten als Kunden oder Verbraucher)[18] und dem ärztlichen Ethos (siehe hippokratischer Eid). Empathie[19] wird vom Autor – auch unter funktionalem Aspekt – als ärztliche Kernkompetenz verstanden, welche für das Vertrauen des Patienten zum Arzt unerlässlich ist. Ein ständiger Mangel an Zeit, Selbstschutzmechanismen sowie die unheilvolle Überlastung der Ärzte durch Disstress und drohende Burn-out-Symptome blockieren ärztliche Empathie als die eigentliche Prämisse gelungener Arzt-Patient-Kommunikation. Der Autor diskutiert mögliche Alternativen zum Empathie-Verlust, zu denen auch eine Selbst-Empathie der Ärzte gehören sollte.

Die Psychotherapeutin und Psychologin **Ute Berndt** hat über **Empathie und Tabu(bruch) in der ärztlichen Kommunikation mit Karzinompatienten** reflektiert. Sie untersucht die historische und gegenwärtige Tabuisierung und Stigmatisierung der Krebserkrankung nebst Ätiologie-Vorstellungen, das patientenzentrierte Modell der Arzt-Patient-Beziehung sowie medizinethische Probleme. Wie und inwieweit sollten dem Patienten auch durch den Psychoonkologen infauste Diagnosen und (bei direktem Nachfragen) zeitliche Prognosen über die verbleibende Lebenszeit kommuniziert werden? Inwiefern ist „Verdrängen" zulässig und ggf. sogar entlastend? Ute Berndt zeigt Perspektiven psychoonkologischer Intervention und Ansätze einer Optimierung ärztlicher Empathie auf.

Die Slavistin **Gabriela Lehmann-Carli** erörtert Aspekte der narrativen **Empathie im Umgang mit dem Tabu(bruch)?** anhand der **Arzt-Patient-Kommunikation in Aleksandr I. Solženicyns *Rakovyj Korpus* (*Krebsstation*)**. Die Verfasserin betrachtet die literarische Darstellung einer paternalistischen ärztlichen Kommunikation auf einer „Krebsstation" (in der Sowjetunion nach Stalins Tod Mitte der 1950er Jahre). Analysiert werden Tabu-Umgehungsstrategien, Sprachtabus sowie affektiv stark aufgeladene Tabubrüche. Welche

18 Gerade erschienen: Imhof, Michael (2014): *Eidesbruch. Ärzte, Geschäftemacher und die verlorene Würde des Patienten*. Frankfurt a. M.: Campus Verlag.

19 Mercer, S. W./Reynolds, W. J. (2002): „Empathy and quality of care". In: *Br J Gen Pract.* 52 (Suppl.), S. 10 sind vier Komponenten eines Konstrukts von Empathie aufgeführt, auf die sich Karl-Dieter Johannsmeyer in seinem Beitrag ausdrücklich bezieht: „1. *Emotionale Komponente*: Die Fähigkeit, den psychologischen Zustand oder die wirklichen Gefühle eines Anderen subjektiv nachzuempfinden oder zu teilen; 2. *Moralische Komponente*: Eine innere altruistische Kraft, die zur Anwendung von Empathie motiviert; 3. *Kognitive Komponente*: Die intellektuelle Fähigkeit des Helfenden, die Gefühle und den Standpunkt eines Anderen auf objektive Weise zu identifizieren und zu verstehen; 4. *Verhaltenskomponente*: Die kommunikative Reaktivität, um das Verständnis für die Perspektive des Anderen auszudrücken".

empathischen Strategien haben die Ärzte und mit welchen narrativen Stilmitteln des Tabudiskurses kann potentiell Empathie induziert werden? Ist diese Arzt-Patient-Kommunikation in einem narrativen Text auch heute noch aus anthropologischer und medizinethischer Perspektive von Interesse?

Die Oberärztin der Charité Berlin und Psychotherapeutin **Christine Klapp** berichtet über ihre praktischen Erfahrungen bei der **Überbringung schlechter Nachrichten: Der Dialog mit dem/der (onkologischen) Patienten/in in Krisensituationen**. Christine Klapp leitet im Auftrag der Berliner Ärztekammer Trainingsseminare mit Simulationspatienten, denen „Bad News" übermittelt werden sollen, und dies nach der Devise: „Nicht alles, was wahr ist, muss gesagt werden, aber alles, was gesagt wird, muss wahr sein". Es geht hierbei primär um eine Optimierung patientenzentrierter Aufklärungsgespräche[20], aber auch um den ärztlichen Umgang mit den Tabuzonen Sterben und Tod. Doch können Schauspieler als Simulationspatienten wirklich in die Haut von Patienten in existentiellen Krisensituationen schlüpfen, also „authentisch" simulieren und damit im Kommunikationstraining realitätsnahe empathische Reaktionen des Arztes hervorrufen?

Der Sprach- und Übersetzungswissenschaftler **Joachim Kornelius** hat einen Beitrag über **Euphemismen in der Arzt-Patient-Kommunikation: Über den Schrecken der Wörter, Kollokationen und Partikel im Kopf des Patienten beim Zahnarzt** geliefert. Der Linguist als Spezialfall eines sprachkompetenten Patienten enttarnt die wohlgemeinten Euphemismen seines Arztes sofort und ergänzt sie mit zahlreichen Assoziationen, die seine psychische Not in dieser Behandlungssituation vertiefen. Siehe den Beitrag von Joachim Kornelius, der die Erfahrung des Linguisten wie folgt beschreibt: „Maligne Größen des Hörens antizipiert er in Syntagmen mit Kollokationen und in den Positionen von Partikeln. Es generieren sich nachhaltige angstgeladene Gedankenkarten mit Wörtern, Kollokationen, Partikeln, mit Gerüchen, Geräuschen, Farben, Zeitangaben und emotionalen Dispositionen. In der auditiven

20 Initiativen zur Optimierung schwieriger Gespräche in Form von Kommunikationstraining für Ärzte, mitunter auch für Medizinstudenten gibt es vielerorts. In sieben Städten Deutschlands wird Ärzten das Kommunikationstraining KoMPASS angeboten, in dem sie lernen können, problematische Gesprächssituationen mit Krebspatienten zu bewältigen. Programme zur Förderung der Arzt-Patient-Kommunikation gibt es u. a. auch in Australien, in den USA, in der Schweiz, Belgien und Großbritannien (Mehnert, A./Lehmann, C./Koch, U. (2012): „Schwierige Gesprächssituationen in der Arzt-Patient-Interaktion". In: *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz*, 55 (9): S. 1140).

und olfaktorischen Wahrnehmung des sprachversierten Patienten wird die euphemistische Grundhaltung des Arztes fortschreitend neutralisiert".

Der Zusammenhang von Empathie und Tabu wird im Kontext der Bewältigung von persönlichen Krisen und existentiellen Grenzerfahrungen[21] erörtert.

Der polnische Kultur- und Literaturwissenschaftler **Romuald Cudak** untersucht das Problem **Tabu und der thanatologische Diskurs**. Er zeigt, wie früher gemeinschaftliche Trauer- und Begräbnisrituale nach einem strengen Zeremoniell den Umgang mit dem Sterbenden und dem Tod ermöglichten und zugleich einen verpflichtenden Aspekt wie auch eine entlastende Funktion hatten. Nach Wegfall solch strenger Rituale und mit einem veränderten Blick auf das sterbende Individuum und den verfallenden Körper seit der Romantik sind ihm zufolge Sterben und Tod in der westlichen Kultur stärker tabuisiert.

Der Sozialpädagoge **Hans Lehnert** stellt die Frage nach dem adäquaten Einsatz funktionaler Empathie bei **Beamtinnen in Polizeieinsätzen mit psychiatrischem Hintergrund**. Der Autor verweist darauf, dass das Problem der Gewalt von Frauen bis heute noch stark tabuisiert ist, wobei mediale „Vorbilder" etwa aus dem „Tatort" nicht gerade eine aufklärerische Funktion haben. Hans Lehnert beschreibt und diskutiert einerseits die Umstände der „Quasi-Hinrichtung" eines psychotischen Mannes durch eine junge Polizeibeamtin, andererseits die deeskalierende Wirkung „emanzipierter Mütterlichkeit", einer Form funktionaler Empathie.

Die praktische Theologin **Maike Schult** beschreibt in ihrem Beitrag ***„Von Amts wegen barmherzig"?* Empathie und Tabu(-bruch) im Pfarrberuf** Folgen einer den Pastoren abgeforderten „Dauerempathie". Zudem kann ein Pastor in Gewissensnöte geraten, wenn er in der Beichte oder dem vertraulichen Gespräch mit Tabus und eklatanten Tabubrüchen konfrontiert wird. Das Beichtgeheimnis gebietet Schweigepflicht und der Pastor benötigt alternative Strategien, etwa Andeutungen in der Predigt, um bei Wahrung des eigentlichen Tabus indirekt mit anderen Mitteln über dieses kommunizieren zu dürfen. Inwiefern kann Literatur dazu beitragen, Verschwiegenes und ethische Konflikte des Pfarrberufs zu thematisieren?

Christiane Luderer reflektiert Aspekte des Problems **Empathie im Umgang mit dem Tabu(bruch) – Feinfühligkeit in der Gesundheitsversorgung.**

21 Siehe dazu auch: Ingensiep, Hans Werner/Rehbock, Theda (Hg.) (2009): *„Die rechten Worte finden…" Sprache und Sinn in Grenzsituationen des Lebens*. Würzburg: Verlag Königshausen & Neumann.

© Frank & Timme Verlag für wissenschaftliche Literatur

Dyaden in der Videointeraktionsanalyse. Mittels dieses am Institut für Gesundheits- und Pflegewissenschaft der Medizinischen Fakultät an der Universität Halle durchgeführten Projekts beabsichtigt die Autorin, Signaturen feinfühligen Arbeitens in Pflegesituationen zu identifizieren. Sie wendet sich der Primärzelle der Patientenbetreuung, der Dyade zu, um Muster in Interaktionen zwischen Pflegenden und Patienten zu analysieren. Über einfühlsames Verhalten soll die Patientenorientierung verbessert und langfristige Adhärenz erreicht werden.

Der am Deutschen Zentrum für Neurodegenerative Erkrankungen in Greifswald tätige Gesundheits- und Pflegewissenschaftler **Markus Wübbeler** hat in seinem Beitrag Reflexionen über **Empathie im Spannungsfeld der Demenz** angestellt. Der Autor schreibt über Demenz als Tabu, das zu Isolation durch pauschale Stigmatisierungen und mangelnde gesellschaftliche Akzeptanz führt. Markus Wübbeler identifiziert das Tabu als einen Störfaktor von Empathie; besonders folgenreich können gebrochene Tabus sein. Tabus als negative Konventionen sind dem dementen Menschen nicht mehr verständlich, und er begeht ohne Absicht Tabubruch. Dieser Umstand stellt die Empathie des Umfeldes mitunter auf eine harte Probe.

In mehreren Beiträgen werden die Darstellung von Empathie und narrative empathische Strategien im Umgang mit dem Tabubruch in der Literatur sowie Reaktionen auf den Tabubruch im Film untersucht.

Der Komparatist **Werner Nell** erörtert das Problem der durch Tabu(bruch) provozierten, aber ggf. auch verhinderten Empathie in seinem Beitrag **Tabubruch mit und Tabubruch ohne Empathie – Zwei Erzählungen von Philip Roth und eine von Maxim Biller**. Konkret werden die Erzählungen *The Conversion oft the Jews* und *Eli, the Fanatic* des amerikanischen Autors Philip Roth sowie die Erzählung *Harlem Holocaust* (bereits der Titel verletzt Tabus!) des in Prag geborenen Schriftstellers Maxim Biller analysiert. Im letzteren Text geht es um die Erinnerung an den Holocaust bzw. die Shoah und um Opfer-Identität. Deutlich wird an diesen Beispielen, dass sich unter den Bedingungen der Moderne Tabu-Verletzung und Tabu-Erhalt einander bedingen.

Der Titel des Aufsatzes der Slavistin **Eva Kowollik** lautet: **„Ich schaue sie an". Empathie als künstlerischer Zugang in Dragena Mladenovićs *Rodbina*.** In einer differenzierten Analyse zeigt die Autorin unter Bezug auf eine einschlägige Rezension von Dragoljub Stanković, dass das Leiden der Anderen, deren „Andersartigkeit" bereits mit dem Titel *Rodbina*, also *Verwandtschaft*, angezweifelt wird, emotional erfahrbar sei. Die Schriftstellerin plädiert Eva

Kowollik zufolge dafür, nicht wegzuschauen, sondern dem Anderen den Blick zuzuwenden, für ihn Verantwortung zu übernehmen und sein Leid auszuhalten.

Der Russist **Hilmar Preuß** untersucht **Empathiepotentiale in Vladimir Korolenkos *Slepoj muzykant* (*Der blinde Musiker*)**. Er analysiert an diesem literarischen Text im Kontext von Narrativen der Behinderung die Konfrontation eines Blinden und seines Umfelds mit Tabus sowie die Beschreibung von Tabubrüchen. Mit welchen narrativen Mitteln soll beim Leser Empathie oder speziell auch Mitleid erzeugt werden? Empathie kann offenbar auch über die Kommunikation der literarischen Gestalten in diesem Text induziert werden.

Die Kulturwissenschaftlerin **Agnieszka Tambor** untersucht in ihrem Beitrag **Tabus im Film – gestern und heute**. Nicht nur aus Perspektive des polnischen Zuschauers unterscheidet sie drei grundlegende Bereiche, mit denen das filmische Tabu und besonders sein ständiger Bruch verbunden sind. Dazu gehören erstens das Thema Nacktheit und Erotik, zweitens die Gewalt und das Vulgäre und drittens das öffentliche Zur-Schau-Stellen privater Belange, die tabuisiert sind und in den eigenen vier Wänden des Künstlers verbleiben sollten. Freilich ist wohl gerade auch der Film ein bevorzugter Ort „für eine förmliche Inszenierung gesellschaftlicher und ästhetischer Tabubrüche“[22].

Körper und Sexualität als traditionelle und aktuelle Tabufelder in der russischen und der polnischen Kultur werden in weiteren Beiträgen thematisiert.

Die Übersetzungswissenschaftlerin und Slavistin **Jekatherina Lebedewa** stellt in diesem Band Reflexionen über **Körper und Tabu – zur ambivalenten Körperauffassung in der russischen Kultur** an. Die Autorin verweist auf die Körperfeindlichkeit der russisch-orthodoxen Kirche, die auch im *Domostroj*, dem altrussischen Hausbuch postuliert wird. Sie erörtert unter Bezug auf Boris Uspenskijs und Jurij Lotmans Konzept vom dualistischen Charakter der russischen Kultur die Polarisierung von offizieller kirchlicher Tabuisierung von Sexualität und Restriktion einerseits und von körperlicher Enthemmung in heidnischen Fruchtbarkeitskulten (also Relikten matriarchalischer Lebensformen) andererseits.

Die polonistische Sprachwissenschaftlerin **Jolanta Tambor** untersucht in diesem Band **Scham als Basis moderner Tabus. Das Sprechen über Sexualität in der polnischen Gegenwartssprache**. Diesbezügliche innere Beschränkun-

22 Braungart, Wolfgang (2003): „Tabu“. In: *Reallexikon der deutschen Literaturwissenschaft.* Berlin, New York: de Gruyter, Bd. 3, S. 571.

© Frank & Timme Verlag für wissenschaftliche Literatur

gen und Gebote sowie ihre Ursachen werden anhand der Erotik und des Geschlechts thematisiert. Jene Sphäre unterlag und unterliegt eigentlich in allen Kulturen zu verschiedenen Zeiten einer Tabuisierung. Dennoch werden in jeder historischen Phase sowie in verschiedenen geographischen Räumen jeweils andere Erscheinungen tabuisiert. Daher unterscheiden sich auch die verwendeten Euphemismen. Jolanta Tambor diskutiert die erotischen und geschlechtlichen Sprachtabus in der jetzigen jungen Generation.

Der Russist **Björn Seidel-Dreffke** untersucht unter dem Tabuaspekt **Jugend als unerreichbares Begehren. Überlegungen zu den Texten Evgenij V. Charitonovs**. Letzterer war schwul und begehrte viel jüngere Männer. In seinen literarischen Texten thematisierte er tabulos diese Spielart homosexueller Liebe. Zwar konnten diese Texte nach der Perestrojka publiziert werden, stellten aber aus der Rezipienten-Perspektive immer noch eklatante Tabubrüche dar. In den literarischen Texten Charitonovs wird eine kaum überwindliche Kluft zwischen dem erzählenden Ich und dem Objekt von dessen Begierde aufgetan.

© Frank&Timme Verlag für wissenschaftliche Literatur

I Placebo „sprechende“ Medizin? Ärztliche Empathie in der Kommunikation über die Tabuzonen Krankheit und Tod

Karl-Dieter Johannsmeyer

Empathie als Voraussetzung für den Erfolg ärztlichen Handelns – quo vadis?

Die Medizin gerät heute allem Anschein nach auf einen falschen und gefährlichen Pfad. Die Folgen dieser Entwicklung sind sowohl für die Patienten als auch für die Ärzte und das Pflegepersonal gravierend und in der vollen Tragweite noch nicht absehbar.[1]

1 Vom Patienten zum Kunden – vom Arzt zum Anbieter

Für viele noch unbemerkt hat sich in der Gesellschaft und auch besonders im Gesundheitswesen eine neue sprachliche Veränderung etabliert, die charakteristisch für die Entwicklung in der gegenwärtigen Medizin zu sein scheint. Der immer lauter werdenden Forderung nach einer „menschlichen Medizin" steht die ökonomische Krise des Gesundheitswesens als verursachendes Prinzip gegenüber. Gerade durch die enormen Fortschritte in Wissenschaft und Technik sind die Kosten in der ambulanten und stationären medizinischen Versorgung bei stetig steigender Lebenserwartung der Menschen rasant angestiegen. Die entsprechenden Vergütungssysteme sind in Schieflage geraten. Krankenhäuser und auch der eine oder andere ambulant tätige Arzt haben finanzielle oder gar existentielle Sorgen und Nöte. Neu ist: Aus Patienten (vormals „Leidende") sind Kunden oder Verbraucher (consumer), aus Ärzten, „Doktoren", die früher diagnostizierten und behandelten, auch lehrten (docere), sind nunmehr Versorger (provider) geworden. Es sind betriebswirtschaftliche Begriffe, die das neue Arzt-Patient-Verhältnis beschreiben: Der Patient ist Nachfrager und Käufer, der Arzt Anbieter, Verkäufer oder Händler.[2]

1 Im Interesse der besseren Lesbarkeit wird in diesem Beitrag bei Nennung von Personen überwiegend die männliche Form verwendet. Die weiblichen Personen sind hierbei ausdrücklich mit einbezogen.

2 Holzgreve, H. (2012): „Was durch Ökonomisierung verloren gehen könnte". In: *InFo Onkologie* 15 (3): S. 22.

© Frank&Timme Verlag für wissenschaftliche Literatur

Die Zentrale Ethikkommission bei der Bundesärztekammer hat als Konsequenz aus dieser aktuellen Entwicklung in einer Stellungnahme auf die grundlegenden ethischen und rechtlichen Aspekte im Verhältnis von Ökonomie und Medizin hingewiesen.[3]

Durch dieses neue Vokabular im Gesundheitswesen wird erkennbar, dass im heutigen Arzt-Patient-Verhältnis zunehmend eine finanzielle Motivation Bedeutung gewinnt. Es soll nicht in Abrede gestellt werden, dass Krankheit und ihre Behandlung Kosten verursachen und Ärzte für ihre hervorragenden Tätigkeiten und Leistungen honoriert werden müssen. Es ist aber unverständlich, wenn das Prinzip der Gewinnmaximierung mehr und mehr in den Vordergrund gestellt wird.

Ich selbst habe anlässlich der Privatisierung meiner ehemals kommunal geleiteten Klinik an solchem „betriebswirtschaftlichen" Assessment mit Videoaufzeichnungen und auswertenden Teambesprechungen teilgenommen. Danach hatte ich die ökonomische Ausrichtung zwar verstanden, war aber als Vertreter der „Babyboomer-Generation" in meiner Vorstellung von ärztlichen Idealen zutiefst erschüttert. Ist das der Beginn einer Zug um Zug verlustig gehenden, Jahrhunderte gültigen ärztlichen Tätigkeit, die geprägt war von einem umfassenden, den Körper, die Seele und das psychosoziale Umfeld des Patienten weitgehend gerecht werdenden Handelns?

Die angehenden Ärzte erfahren heute zu wenig von der grundsätzlichen Kunst des Umganges mit Patienten.[4] Ob es zutrifft, dass vor 2400 Jahren unser aller Lehrer Hippokrates gesagt haben soll: „Der Patient kann, obwohl er weiß, dass sein Zustand gefährlich ist, seine Gesundheit einfach dadurch wiedererlangen, dass er mit der Güte seines Arztes zufrieden ist", muss nicht zwingend belegt werden, sondern von entscheidender Bedeutung ist die Wichtigkeit der Aussage selbst.[5]

Vor diesem Hintergrund sollte es das grundlegende Bedürfnis von uns Ärzten sein, sich wieder daran zu erinnern, warum wir diesen schönen Beruf in jahrelanger anstrengender Ausbildung gewählt haben und warum eben dieser Beruf bisher so hohes Ansehen bei unseren Mitmenschen genießt. Wer diesen

3 Zentrale Kommission zur Wahrung ethischer Grundsätze in der Medizin und ihren Grenzgebieten (Zentrale Ethikkommission) bei der Bundesärztekammer. Stellungnahme (2013): „Ärztliches Handeln zwischen Berufsethos und Ökonomisierung. Das Beispiel der Verträge mit leitenden Klinikärztinnen und -ärzten". In: *Dtsch Ärztebl.* 110 (38): A-1752 / B-1544 / C-1520.

4 Koch, M. (2012): „Arzt-Patienten-Beziehung: In falsches Fahrwasser geraten". In: *Dtsch Ärztebl.* 109 (1–2): A-20 / B-16 / C-16.

5 Ebd.

© Frank & Timme Verlag für wissenschaftliche Literatur

großartigen Beruf gewählt hat, möchte sich kranken Menschen zuwenden und heilen. Zumindest ist das noch immer die am häufigsten genannte Motivation zur Begründung des Studiums neben zunehmend auch anderen Beweggründen wie gesicherte Existenz, gesellschaftliches Ansehen und Forscherdrang.

Wir sind angetreten, Erkrankungen vorzubeugen, Krankheiten zu behandeln, Leid zu lindern und Lebenszeit zu verlängern. Im Mittelpunkt aller unserer Bemühungen steht dabei der Patient. Ihn „lege artis" oder „state of the art" zu behandeln ist nicht genug. Das Gespür zu entwickeln, auf die realen und vielschichtigen unterschiedlichen Bedürfnisse und Besonderheiten der Patienten einzugehen und sie in die Behandlungsprozesse aktiv einzubeziehen, sollte den genannten gegenwärtigen Entwicklungstendenzen nicht zum Opfer fallen. Dann werden wir den größten Dank, das schönste Geschenk für unsere ärztlichen Bemühungen erhalten: das Vertrauen der Patienten. Vertrauen zu erwerben und zu erhalten erfordert eine besondere Qualität ärztlicher Professionalität: Empathie.

Fazit:
Es wird zunehmend ein Anspruch an die Ärzte werden, den Spagat zwischen Ökonomisierung des Gesundheitswesens und der Bewahrung des ärztlichen Ethos zu schaffen.

2 Bedeutung der Empathie als ärztliche Kernkompetenz

Empathie ist eine ärztliche Kernkompetenz und von entscheidender Bedeutung für den Erfolg medizinischen Handelns. Der Begriff „Empathie" hat in den letzten Jahren nicht nur in der Medizin Eingang in unseren Sprachgebrauch gefunden, auch in der Psychologie, Psychiatrie, Sprachwissenschaft, Philosophie, Pädagogik, Politikwissenschaft und im Management.

In der internationalen medizinischen Fachliteratur erschienen zunehmend Arbeiten zur Empathie, die in der Datenbank PubMed bis 1970 noch allgemein mit „emotions" beschlagwortet wurden. Bereits 1971 wurde „empathy" als eigenständiger Begriff in das kontrollierte Fachvokabular (Medical Subject Headings – MeSH) dieser wichtigsten medizinischen Datenbank aufgenommen. Recherchiert man in PubMed nach „empathy" mit einer Freitextsuche, findet man bis 2013 insgesamt 15.455 Nachweise. Bis Ende der 1960iger Jahre erschienen nur vereinzelte Arbeiten, aber danach stieg das Interesse an der

Problematik Empathie stetig an. Waren es 1971 noch 52 Arbeiten, sind es im Jahre 2013 schon 1.056 Publikationen. Bereits an dieser einfachen bibliometrischen Analyse kann man die wachsende Bedeutung erkennen, die Wissenschaftler aus aller Welt im Laufe der Jahre der Empathie beimessen (Abb. 1).

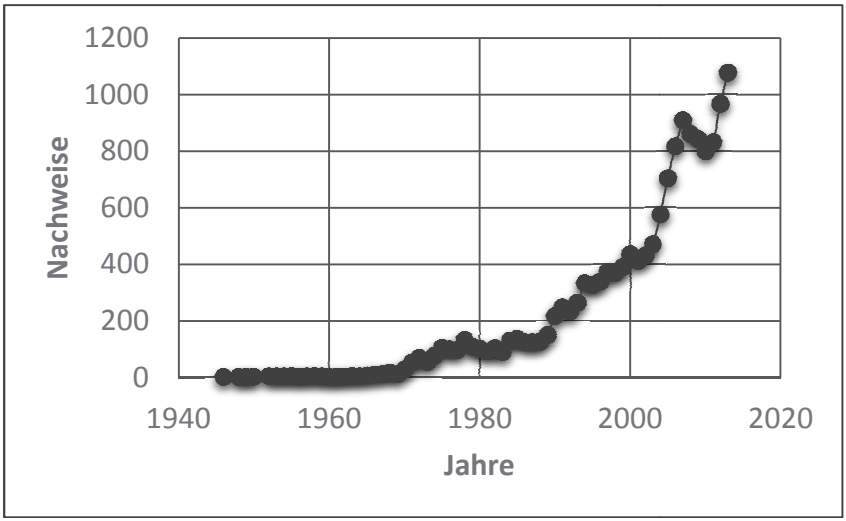

Abb. 1: Anzahl der Nachweise (n=15.455) zur Empathie in der Datenbank PubMed (Freitextrecherche).

Ohne auf die Diskussionen zur Definition und Herkunft des Begriffes einzugehen, was an dieser Stelle den Rahmen des Themas sprengen würde, verstehen wir schlechthin unter Empathie die Fähigkeit und Bereitschaft des Arztes, Emotionen, Gedanken und Persönlichkeitsmerkmale einer anderen Person (Patient) zu erkennen und zu verstehen. Gerade die Reaktion auf die Gefühle unseres Gegenübers von Schmerz, Trauer oder Hilfsimpuls, eingeschränkt auch Mitleid, ist Ausdruck von Empathie.[6]

> Empathie [...] erfordert als tieferes Verstehen ein Sichhineinversetzenkönnen in Situation und Gefühlslage eines anderen und geht damit deut-

6 Ekman, Paul (2010): *Gefühle lesen: wie Sie Emotionen erkennen und richtig interpretieren.* Heidelberg: Spektrum, Akad. Verl., S. 74–116; Gottschlich, Maximilian (2007): *Medizin und Mitgefühl. Die heilsame Kraft empathischer Kommunikation.* Wien, Köln, Weimar: Böhlau.

© Frank & Timme Verlag für wissenschaftliche Literatur

> lich über ein verbales Verstehen von Mitteilungen hinaus. Empathie bedeutet letztlich, die Perspektive eines anderen übernehmen zu können, sein inneres Bezugssystem erfassen zu können. Empathie ist folglich eine Frage der Wahrnehmungsfähigkeit.[7]

Dennoch muss auf eine – immerhin bis dato anerkannte – revolutionäre Entdeckung auf dem Gebiet der Neurowissenschaften hingewiesen werden. Der in Kiew geborene und in Parma lehrende Neurophysiologe Giacomo Rizzolatti fand in den 90er Jahren des 20. Jahrhunderts bei Versuchen mit Makaken-Affen in deren Hirn die Spiegelneuronen. Immer wenn ein Wissenschaftler vor den Augen der Versuchstiere nach einer Nuss griff, wurden im Hirn des Affen genau dieselben Neuronen aktiv, als wenn das Tier selber zur Nuss griff. Die Entdeckung wurde 1996 veröffentlicht. Die deutsche Übersetzung erschien 2008.[8]

Die weitergehenden Forschungen begannen auf Hochtouren zu laufen. Die entdeckten Spiegelneuronen sollen auch Menschen in die Lage versetzen, Gedanken, Gefühle und Handlungen anderer so zu erfassen, als seien es die eigenen. Wer zuschaut, wenn das Gegenüber in eine Zitrone beißt, dem läuft selbst vermehrt der Speichel. Während frühere Empathie-Modelle ohne Kenntnis der Spiegelneuronen auskommen mussten, gibt es nun Hinweise auf deren mögliche Bedeutung in Verbindung mit emotionaler Empathie, der Fähigkeit, die Gefühle anderer in unserem neuronalen System abzubilden.

Wie immer bei wissenschaftlichen Entdeckungen bestehen neben Euphorie auch Zweifel, so auch hier. Das Erforschen und Verstehen der Komplexität und der Vernetzung unserer Hirnstrukturen wird sicher in Abhängigkeit hochmoderner technischer Voraussetzungen noch viele verblüffende Erkenntnisse hervorbringen. Gegenwärtig existieren diesbezüglich lediglich Befunde, die Vermutungen und Erklärungsversuche möglich machen. Inwiefern die einzelnen Funktionen der überaus kompliziert vernetzten Hirnareale jemals exakt bewiesen werden können, wird wohl in absehbarer Zukunft noch weitgehend unbeantwortet bleiben.

Unabhängig von den wissenschaftlichen Erklärungsversuchen ist es naheliegend, dass die Charakteristika, die Empathie ausmachen, entscheidenden

7 Zwick, Elisabeth (2004): *Gesundheitspädagogik: Wege zur Konstituierung einer erziehungswissenschaftlichen Teildisziplin.* Münster, Hamburg, Berlin, Wien, London: LIT-Verl., S. 90. (Reform und Innovation; Bd. 1).

8 Rizzolatti, Giacomo/Sinigaglia, Corrado (2008): *Empathie und Spiegelneurone: die biologische Basis des Mitgefühls.* Frankfurt a. M.: Suhrkamp.

Einfluss auf die Qualität der Arzt-Patient-Beziehung und die unmittelbar damit im Zusammenhang stehende zwischenmenschliche Begegnung und Kommunikation nehmen. Wesentliche Voraussetzung für die Entwicklung einer erfolgreichen therapeutischen Arzt-Patient-Beziehung ist das Einfühlungsvermögen, die Empathie des Arztes. Die gängigste Definition ärztlicher Empathie haben Mercer und Reynolds[9] erarbeitet. Sie sehen diese als multidimensionales und kompetenzbasiertes Konstrukt und stellen dazu vier Komponenten in den Mittelpunkt:

1. Emotionale Komponente: Fähigkeit, den psychologischen Zustand oder die wirklichen Gefühle eines Anderen subjektiv nachempfinden zu können oder zu teilen;
2. Moralische Komponente: Eine innere altruistische Kraft, die zur Anwendung von Empathie motiviert;
3. Kognitive Komponente: Die intellektuelle Fähigkeit des Helfenden, die Gefühle und den Standpunkt eines Anderen auf objektive Weise zu identifizieren und zu verstehen;
4. Verhaltenskomponente: Die kommunikative Reaktivität um das Verständnis für die Perspektive des Anderen auszudrücken.

Sie grenzen Empathie von Sympathie im Sinne von Mitleid ab, weil Empathie nicht die unmittelbare Involvierung in die Bedürfnisse und Sorgen des Patienten einschließt. Gleichzeitig definieren sie Empathie als eine erlernbare und professionelle, besonders kommunikative Kompetenz.

Empathiefähigkeit ist eine wesentliche Voraussetzung für die Eignung des Arztes in seinem Beruf. Der Arzt muss in der Lage sein, sich in die Gefühle des Patienten hineinzuversetzen, ohne diese identisch nachzuempfinden. Ein ausgewogenes Verhältnis von Nähe und Distanz vermeidet eine Überidentifizierung und wahrt so die professionellen Grenzen in der Arzt-Patient-Beziehung. Für die praktische Anwendung dieser theoretischen Grundlagen bedeutet es für den Arzt, in einer aktionalen Komponente dem Patienten unmissverständlich zu vermitteln, dass er versteht, was der Patient erlebt. Er muss sich ebenso vergewissern, ob und dass er den Patienten auch richtig verstanden hat.

9 Mercer, S. W./Reynolds, W. J. (2002): „Empathy and quality of care". In: *Br J Gen Pract.* 52 Suppl: S. 9–12.

© Frank & Timme Verlag für wissenschaftliche Literatur

Welche positiven Effekte und therapeutischen Wirkungen erreicht ein empathischer Arzt für den Patienten und dessen Gesundheit? Die eigenen jahrelangen Erfahrungen und die zahlreichen Hinweise aus der Literatur bestätigen Folgendes:

- Der Patient offenbart sich, liefert eigenständig Informationen, berichtet detaillierter über seine Symptome, Beschwerden und Sorgen.
- Die Treffsicherheit und Genauigkeit der Diagnose werden erhöht.
- Der Patient fühlt sich verstanden, schöpft Hoffnung und Zuversicht. Beides sorgt für eine stabile psychische Grundeinstellung, was erfahrungsgemäß den Krankheitsverlauf und den Heilungsprozess positiv beeinflusst.
- Der Patient entwickelt eine hohe Compliance und Zufriedenheit. Er führt die angeordneten Therapien gewissenhaft durch und verweigert sich ihnen nicht. Ansonsten wären die Folgen der Abbruch der Therapie und Hoffnungslosigkeit.
- Der Patient lernt seine Krankheit und deren Ursachen besser verstehen. Er schöpft daraus die Kraft, mit ihr umzugehen, was ihm das Leben mit der Krankheit erleichtert. Das eröffnet die Möglichkeit, dem Patienten auch weitere krankheitsspezifische Informationen zu geben. (Marie Curie: „Was man zu verstehen gelernt hat, fürchtet man nicht mehr“.[10])
- Die Chancen einer umfassenden und verständlichen Aufklärung des Patienten werden erhöht, und die aktive Teilnahme am komplexen Genesungsprozess kann sichergestellt werden.
- Der Patient entwickelt Vertrauen, wird nicht verunsichert, fühlt sich wohl und aufgefangen. Er bleibt bei seinem Arzt, seiner Klinik, auch wenn sich der Therapieerfolg nicht umgehend und vollkommen einstellt. Er ist auf gleicher Augenhöhe mit seinem Behandler.
- In dem vertrauensvollen, offenen, ehrlichen und glaubwürdigen Gespräch zwischen Arzt und Patient können eventuell auftretende Meinungsverschiedenheiten geklärt werden, ohne dass daraus juristische Konsequenzen erwachsen.
- Realisierte, gelebte Empathie durch Ärzte und Pflegende hat einen sehr großen Einfluss auf Dauer und Schwere der Erkrankung.

10 Curie, Marie: http://www.zitate-online.de/stichworte/verstehen-gelernt-fuerchtet-nicht-mehr/.

- Kommunikativ gut betreute Patienten, die psychosoziale Unterstützung erhalten, gewinnen nicht nur ein höheres Maß an Lebensqualität nach einer schweren Erkrankung. Sie haben einen besseren physischen und psychischen Gesundheitszustand, erkranken weniger häufig an Angstzuständen und Depressionen. Darüber hinaus haben sie verbesserte Überlebenschancen.

Das sind die Ideal- und Zielvorstellungen für ein empathisches und professionelles Arzt-Patient-Verhältnis. Sie führen zu einer auf die Bedürfnisse des Patienten angemessenen Kommunikation bei der Bewältigung von Krisensituationen im klinischen Alltag. Auch wenn wir diesen hohen Idealvorstellungen nicht immer gerecht werden können, sollte es oberstes Bestreben eines Arztes sein, diesen zu entsprechen.

Die Grundfähigkeit zur Empathie ist in uns – nicht erst nach Kenntnis der Existenz von Spiegelneuronen – mit der Geburt in einer persönlichen Kompetenz-Matrix angelegt. Im Umgang mit den Menschen und speziell den Patienten muss sie allerdings mit den dazu geeigneten Mitteln trainiert und weiter optimiert werden.[11] Ein schlecht geführtes Gespräch kann verheerende Folgen haben. Vorsicht mit dem gesprochenen Wort! Es muss im Vorfeld wohl überlegt sein, denn der entstandene psychische Schaden, auch durch Fehldeutung, ist schwer oder gar nicht reparabel. Gleiches gilt analog für das nicht geführte Gespräch. Patienten sind oftmals nicht auf der gewünschten Augenhöhe mit dem Arzt. Sie haben ihre Sorgen und Beschwerden noch nicht formuliert oder ihr Redefluss wurde bereits nach wenigen Sekunden unterbrochen, was verständlicherweise einer erfolgreichen Arzt-Patient-Kommunikation nicht dienlich ist. Studien haben gezeigt, dass Ärzte ihre Patienten nicht selten vorzeitig unterbrechen, um die Gesprächsinhalte zeitlich zu optimieren. Im Durchschnitt unterbrachen Hausärzte schon nach 11 bis 24 Sekunden ihren Patienten.[12]

Im Laufe eines Jahres hat ein Arzt in Deutschland im Schnitt 10.735 Patientenkontakte. Daraus ergeben sich pro Tag 45 Patienten – also acht Minuten pro

11 Johannsmeyer, Karl-Dieter (2013): „Empathie und Tabu(-bruch) in der Gynäkologie". In: Lehmann-Carli, Gabriela (Hg.)/Preuß, Hilmar (Mitarb.): *Empathie und Tabu(bruch) in Kultur, Literatur und Medizin.* Berlin: Frank & Timme (=Ost-West-Express; Bd. 14), S. 75.

12 Wilm, S./Knauf, A./Peters, T./Bahrs, O. (2004): „Wann unterbricht der Hausarzt seine Patienten zu Beginn der Konsultation?". In: *Z Allg Med* 80 (2): S. 53–57.

© Frank & Timme Verlag für wissenschaftliche Literatur

Patient, wie der Arztreport der Barmer GEK vorrechnet.[13] Und diese Zeit reicht offensichtlich nicht für ein gutes Arzt-Patient-Gespräch aus.

Eine Befragung von 11.000 niedergelassenen Hausärzten in Deutschland hat gezeigt, dass durchschnittlich 53 Patienten am Tag behandelt werden, bei Fachärzten lag der Durchschnitt bei 42 Patienten pro Tag. In Deutschland geht jeder Versicherte rund 18mal zum Arzt. Damit steht Deutschland weltweit mit Japan in der Spitzengruppe aller Länder.[14]

In der heute technisch zumeist hochgerüsteten Zeit ambulanter wie auch stationärer Medizin und den allgemein beobachteten, immer knapper werdenden Ressourcen und gestiegenen Herausforderungen ist die nachfolgende Situation zunehmend häufiger anzutreffen:

Im Behandlungszimmer sitzt, meist nach vorheriger längerer Wartezeit, der Patient mit seinen Beschwerden seinem Arzt gegenüber. Doch der schaut ihn kaum an. Er vermittelt eher das Gefühl, nicht so recht dabei zu sein, blickt auf den Computerbildschirm und tippt auf der Tastatur die Personalien ein, während er gleichzeitig mit dem Patienten spricht: „Na, was fehlt uns denn?" oder „Wo drückt denn heute der Schuh?"

Die Aufzählung könnte noch in ähnlicher Weise fortgesetzt werden. Viele dieser nicht eradizierbaren Floskeln haben sich eingebürgert und sind Ausdruck mangelhafter Konversation.

Es folgt nicht immer eine klinische Untersuchung, manchmal wird der Blutdruck gemessen. Nach wenigen Minuten und ohne ausreichende Erklärungen drückt der Arzt dem Patienten ein Rezept in die Hand oder einen Überweisungsschein für eine Spezialuntersuchung.

Der Kranke fühlt sich dann eher nicht verstanden und hegt Zweifel an der Richtigkeit der (Verdachts-)Diagnose und Therapie. Das kann dazu führen, dass er die empfohlenen ärztlichen Verordnungen abbricht oder nicht durchführt und damit einen Teil der Erfolgsaussichten verliert. Er konnte über die Symptome hinaus nur einen geringen Teil seiner Ängste, Gedanken und Gefühle ansprechen. Er ist zutiefst unzufrieden und wird nach Möglichkeiten suchen, woanders Hilfe zu bekommen. Bestenfalls bleibt er mit dem Einholen einer ärztlichen Zweitmeinung bei der klassischen Schulmedizin. Oder aber der Patient holt sich Informationen aus dem Internet und sucht und findet

13 BARMER Arztreport: http://www.welt.de/welt_print/wirtschaft/article5914818/Niemand-geht-oefter-zum-Arzt-als-die-Deutschen.html (letzter Zugriff: 26.02.2014).

14 Ärztemonitor 2012: Befragung von 11.000 Ärzten und Psychotherapeuten. http://www.kbv.de/40386.html (letzter Zugriff: 27.02.2014).

einen vermeintlichen Ausweg. Aber der primäre Gang zum Beispiel zum Alternativmediziner oder Heilpraktiker kann nicht am Anfang von Diagnostik und Therapie stehen.

Das Wartezimmer ist voll, das Pensum nicht ohne Überstunden zu schaffen. Ein Mangel an Zeit wird von befragten Patienten als besonders negativ empfunden, während Ärzte den ausschweifenden, nicht zum Ende kommenden Patienten befürchten, der keine wertvollen Informationen zur Behandlung liefert, sondern dem Behandler aus seiner Wahrnehmung heraus „die Zeit stiehlt" und damit Ärger vorprogrammiert scheint. Die Qualität der Kommunikation leidet darunter. Aber auch ein gut geführtes Gespräch muss nicht länger dauern als ein schlechtes. Durch mangelhafte Kommunikationsweise zwischen Arzt und Patient erhöht sich das Risiko, dass Fehldiagnosen gestellt werden, die Behandlung nicht optimal erfolgt und Therapieeffekte vermindert werden oder ausbleiben.

Fazit
Wir haben den Wert der Empathie für den Behandlungserfolg und die Lebensqualität erkannt. Sowohl als Arzt als auch als Patient empfinden wir im heutigen Alltag aber einen Verlust an Empathie im Vergleich zu „früher".

3 Messinstrumente zur Erfassung ärztlicher Empathie

Der Begriff „Empathie" ist in der Gesellschaft zu einem geflügelten Wort geworden. Er wird auch in der Literatur noch immer als ein schwer fassbarer Forschungsgegenstand angesprochen, und seine Mehrdimensionalität wird diskutiert.

Die Diplom-Soziologin Melanie Neumann von der Universität Witten/Herdecke hat mit ihren Kollegen einerseits die Veränderungen der Empathie im Rahmen der medizinischen Ausbildung und andererseits mögliche Gründe für die beobachteten Abweichungen untersucht.[15] Sie analysierte überwiegend englischsprachige empirische Studien der Jahre 1990 bis 2010 nach einem systematischen Review in PubMed, EMBASE und PsycINFO. Die Untersuchun-

15 Neumann, M./Edelhäuser, F./Tauschel, D./Fischer, M. R./Wirtz, M./Woopen, C./Haramati, A./Scheffer, C. (2011): „Empathy decline and its reasons: a systematic review of studies with medical students and residents". In: *Acad Med.* 86 (8): S. 996–1009.

© Frank & Timme Verlag für wissenschaftliche Literatur

gen umfassten die Zielgruppe Medizinstudierende und/oder Assistenzärzte und nutzten validierte Selbsteinschätzungsinstrumente. Von den 669 Studien erfüllten 18 die gestellten Einschlusskriterien. Sie stammen überwiegend aus den USA (15), England (2) und eine aus Polen. Die Ergebnisse lassen aufhorchen. In allen Studien mit Medizinstudenten wurde ein Abfall der Empathie-Parameter registriert. Besonders verschlechterten sich die Empathiewerte im klinischen Ausbildungsabschnitt zwischen dem ersten Patientenkontakt und den klinischen Praktika. Die Studien zeigen, dass durch Disstress der Probanden (reduziertes Wohlbefinden, geringe Lebensqualität, Burn-out, Depression) ein wesentlicher Einfluss auf die Reduktion der Empathiefähigkeit ausgeübt wurde. Ursachen dafür wurden gesehen in der Vulnerabilität der idealistischen Studierenden, einer entmutigenden Behandlung durch Vorgesetzte, mangelnde psychosoziale Unterstützung, Überforderung und unausgesprochene Lernziele sowie hohe Arbeitsbelastung der in Ausbildung befindlichen Assistenzärzte. Es wurden aber auch strukturelle Defizite erkannt, darunter die zunehmende Verkürzung der Verweildauer der stationär behandelten Patienten, empathiekonträre Arbeitsbedingungen und nicht zuletzt unrealistische Vorstellungen über die Arztrolle im klinischen Alltag und im Vergleich mit den idealistischen Selbstansprüchen. Die Autoren stellen als Fazit fest, dass die Verminderung der Empathie mit zunehmendem Patientenkontakt ein Schutzmechanismus ist, durch den die in Ausbildung befindlichen Ärzte die Bewältigung von Belastungen und Stress auszugleichen versuchen. Diese Studie ist zwar für Europa in ihrer Aussagekraft begrenzt, deshalb werden von den Autoren weitere gut geplante, prospektive und multizentrische Studien empfohlen.

Eine weitere Studie wird seit 2008 in dem Forschungsvorhaben „Karriereverläufe von Ärztinnen und Ärzten in der fachärztlichen Weiterbildung" („KARMED") in Deutschland als Kohortenstudie durchgeführt. Sie untersucht den Karriereverlauf vom Berufseinstieg bis zur Facharztanerkennung mit qualitativen und quantitativen Methoden. An der Studie nehmen ca. 1.000 Absolventen des Medizinstudiums der medizinischen Fakultäten in Erlangen, Gießen, Hamburg, Heidelberg, Köln, Leipzig und Magdeburg teil. Mittels jährlicher standardisierter Fragebögen werden die Daten erhoben. Koehl-Hackert und Mitarbeiter aus Heidelberg stellten erste deskriptive Ergebnisse von PJ-Studenten des Standorts Heidelberg vor.[16] Von 127 Medizinstudieren-

16 Koehl-Hackert, N./Schultz, J. H./Nikendei, C./Möltner, A./Gedrose, B./van den Bussche,

den am Ende ihres PJ (Praktisches Jahr) im sechsten Studienjahr wurden die Daten der Empathie-Selbsteinschätzung mittels Jefferson Scale of Physician Empathy (JSPE)[17], die Burn-out-Dimensionen mittels Maslach Burnout Inventory (MBI)[18] und Fragen zur beruflichen Zufriedenheit und beruflichen Selbstwirksamkeit erhoben. Die Resultate ergaben, dass zum Zeitpunkt des PJ bei den Medizinstudierenden trotz hoher Empathiewerte bereits Symptome des Burn-out-Syndroms vorhanden waren. Je geringer die Empathie-Selbsteinschätzung lag, desto höher war das Ausmaß an Burn-out mit immerhin ca. 20 % der Studenten. Angehende Ärztinnen sind in höherem Maße betroffen. Die Ergebnisse dieser Teilstudie entsprechen in den Kernaussagen denen von Neumann et al.[19] Als Resümee dieser Ergebnisse empfehlen die Autoren, dass bereits im Medizinstudium damit begonnen werden sollte, Bewältigungsstrategien zu vermitteln, um die psychischen Belastungen beim Einstieg in den Beruf so gering wie möglich zu halten.

Ärztliche Empathie ist ein essenzielles Element der Arzt-Patient-Beziehung. Weitere Messinstrumente und Ergebnisse eigener Erhebungen dazu werden aus dem Forschungskreis um Melanie Neumann aus Witten/ Herdecke 2012 vorgestellt und diskutiert.[20] Dabei wird eine Auswahl von Empathie-Messinstrumenten genannt, die sich in den Bereichen der Patientenforschung und medizinischen Ausbildungsforschung anwenden lassen. Ein standardisiertes Instrument zur Einschätzung ärztlicher Empathie durch Patienten ist die Consulting and Relational Empathy (CARE) Skala[21]. Mercer und Reynolds haben diese Skala auf der Grundlage der von ihnen entwickelten theoretischen Konzeption von ärztlicher Empathie sowie anhand qualitativer Tiefeninterviews mit Patienten angewendet, weiter verbessert und validiert. In dieser Arbeit von Neumann et al. werden darüber hinaus weitere Testverfahren für

H./Jünger, J. (2012): „Belastet in den Beruf – Empathie und Burnout bei Medizinstudierenden am Ende des Praktischen Jahres". In: *Z Evid Fortbild Qual Gesundhwes.* 106 (2), S. 116–24.

17 Hojat, M./Mangione, S./Nasca, T. J./Cohen, M. J. M./Gonnella, J. S./Erdmann, J. B./Veloski, J./Magee, M. (2001): „The Jefferson Scale of Physician Empathy: Development and Preliminary Psychometric Data". In: *Educational and Psychological Measurement* 61 (2), S. 349–365.

18 Maslach, Ch./Jackson, S. E./ Leiter, M. P. (1996): *Maslach Burnout Inventory Manual.* Mountain View, Calif.: Consulting Psychologists Press; Enzmann, Dirk/Kleiber, Dieter (1989): *Helfer-Leiden: Stress und Burnout in psychosozialen Berufen.* Heidelberg: Asanger, S. 110–112.

19 Neumann, M./Edelhäuser, F. et al. (2011).

20 Neumann, M./Scheffer, C./Tauschel, D./Lutz, G./Wirtz, M./Edelhäuser, F. (2012): „Ärztliche Empathie: Definition, Outcome-Relevanz und Messung in der Patientenversorgung und medizinischen Ausbildung". In: *GMS Z Med Ausbild.* 29 (1):Doc11.

21 Mercer, S. W./Reynolds, W. J. (2002): „Empathy and quality of care". In: *Br J Gen Pract.* 52 Suppl, S. 9–12.

© Frank & Timme Verlag für wissenschaftliche Literatur