

Meine sehr verehrten Damen und Herren,

die Landesarbeitsgemeinschaft Onkologische Versorgung Brandenburg e.V. feiert ihr 15jähriges Bestehen. Die meisten von Ihnen sind deren Mitglied, Anlass für mich, allen herzlich zu gratulieren und die Hoffnung zum Ausdruck zu bringen, dass diesen 15 noch viele weitere Jahre erfolgreicher Arbeit folgen mögen. Gratulation also!

Diese Festveranstaltung haben Sie unter das Motto gestellt: Kommunikation und Netzwerk und ich möchte einige Gedanken zum Thema Sprechstunde – Stunde des Sprechens und Zuhörens beisteuern. Wie komme ich als Nicht-Mediziner dazu, mir es heraus zu nehmen, zu diesem Thema zu sprechen? Meine Damen und Herren, seit 4 Jahren bemühe ich mich, die Qualitätszirkelleiter im Auftrage der KV-Brandenburg in Rhetorik, Kommunikation und Sprecherziehung zu schulen. In der Zeit, in der ich das nicht tue, bin ich Dozent für Rhetorik, Kommunikation und Sprecherziehung an der Universität Rostock. Damit bin ich in Ihrem Kreise ein absoluter Outsider. Und insofern bitte ich Sie, meinen Beitrag zu Ihrer Festveranstaltung zu verstehen und einzurücken.

Dass mein Beitrag hinreichend kritische Punkte innerhalb dieses Themenkreises berührt, kann Sie, wenn Sie das Kommunikationsverhalten im Kreise der Ärzteschaft genau beobachtet haben, nicht überraschen. Also beginnen wir: Der Reformator und Pfleger der deutschen Sprache Martin Luther gab jedem Redner drei Empfehlungen mit auf den Weg: Tritt fest auf Mach's Maul auf. Hör bald auf. Für das „Hör bald auf“ sind mir 30 Minuten gesetzt.

Auf denn: Ärztinnen und Ärzte aller Fachrichtungen haben für das Zentrum der Arbeit mit ihren Patienten eine sehr glückliche Bezeichnung gefunden: Sprechstunde. Wenn SPRECHSTUNDE als Sprachsymbol für ärztliche Behandlung angewendet wird, dann spricht das für seine Wertschätzung, spricht aber auch für ein gelungenes System in erprobter Qualität. Vor allem aber spiegelt er den Stellenwert der Kommunikation im Arzt-Patienten-Verhältnis wider, wie es sich in der deutschsprachigen Medizin entwickelt hat. Für den deutschen Arzt sind die Sprechstunden quasi die Maßeinheit seiner Lebens- und Wirkungszeit. Der Satz enthält so viel Bedeutsamkeit für Sie und Ihren Beruf, dass er mich sogleich an Ihr EBM denken lässt. Meine Damen und Herren, ich hatte lange nicht gedacht, dass der germanophile Abkürzungsunsinn die Bürokratie der Ärzteschaft so umfassend erreicht hat, wie ich das immer wieder erleben muss. Ich bin hin und wieder von den Socken !Also EBM. Einheitlicher Bewertungs-Maßstab. Dahinter steckt Geld. Natürlich. Nämlich das, dass Sie als Hausarzt, Facharzt und Gerätewart bekommen sollen. Das wird bei Ihnen künftig als Hausarztzuschlag, Facharztzuschlag und Gerätezuschlag niederschlagen. Übrigens: Heißt es bei Ihnen wie ursprünglich „das Zuschlag“ oder in Analogiebildung zu anderen Substantiven auf „e“ die „Zuschlag“? Das EBM oder anders: der EBM weist keine „Sprech“-Zuschlag aus. Der Vorgänger des EBM, die „Ordinationsgebühr“, hat nach einem sonderbaren Verhältnis von Fallzahl und Gespräch also, ich als Patient DALK wäre dabei der Fall und die Zahl, und Sie die Gesprächspartner in der Sprechstunde. Diese Fallzahl wurde ins Verhältnis zu den geführten Gesprächen gesetzt, und dann immerhin noch mit einem 10 min Gespräch vergütet. Haben Sie länger mit mir geredet, dann hat irgendein Beschwerdeausschuss nach Prüfung der Sachlage unter Berücksichtigung aller Argumente ein Defizit angemahnt zwischen Fallzahl und Gesprächsdauer.

Ich zitiere jetzt aus einer Schrift an einen mir persönlich bekannten Arzt „Das Wirtschaftlichkeitsgebot rechtfertigt nicht, wenn allein aufgrund von mehr Zeit mehr Leistungen erbracht werden. Entscheidend ist, dass ein objektiver Bedarf bestand, weil die Patienten mit der entsprechenden Indikation diese Leistungserbringung notwendig machten. Ein überdurchschnittlicher hoher Anteil an behandlungs- und beratungsintensiven Fällen, der angesichts der geringen Fallzahl zu berücksichtigende Auswirkungen hätten haben können, war nach allgemeiner Durchsicht der Behandlungsunterlagen für den Ausschuss nicht erkennbar.“ Ende des Zitates! In dieser Art und Weise - meine Damen und Herren, wird unter Medizinern auch kommuniziert. Und bedenklicher Weise geschieht das noch allzu oft zwischen Arzt und Patient. Breiten wir aber erst einmal den Mantel der Nächstenliebe aus über sprachliche Ungeheuerlichkeiten wie das lebfahle Substantiv „Leistungserbringung“ und die schlimme Kopplung des Adjektivs „intensiv“ mit den Substantiven auf -ung wie „behandlungs- und beratungsintensiv“, so bleibt da immer noch der hinterhältige Hinweis auf irgendein Wirtschaftlichkeitsgebot, das in irgendeinem schicksalhaften Verbund mit der ärztlichen Tätigkeit wie Helfen und Heilen in Beziehung stehen soll. Korrigieren Sie mich bitte, wenn ich dieses syntaktische Ungetüm im reinsten Mediziner-Deutsch-Quarkfalsch verstanden haben sollte.

Ich begreife: Weil langes Reden in Ihrer Sprechstunde nicht vergütet wird, haben Sie mich als Ihren Patienten anzuregen, sich möglichst kurz zu fassen. Und Sie haben sich erst recht zu fassen, nämlich sehr kurz? Vielleicht noch kürzer als sich in 259 ausgewerteten Gesprächen Arzt und Patienten gefasst haben? Nämlich durchschnittlich 18 Sekunden bei der Darstellung der Beschwerden durch den Patienten? Da sind die 4 bis 5 Minuten, die pro Patient und Tag auf einer Nürnberger onkologischen Station gemessen wurden, weltmeisterliche Werte! Doch die Erfahrung lehrt: der Patient braucht Zeit und der Arzt braucht Zeit. Manchmal sehr viel Zeit. So haarsträubende Überschriften wie „Beschwerdelinderung in 23,1 Sekunden“ oder „Behandlungserfolg im Sekundentakt“ entspringen dem Munde marktorientierter wie Arzt und Patienten ferner Effektivitäts-Apostel. Oder blicken jene schon prophetisch in die Kommunikationsgepflogenheiten des Jahres 2040, wo der Patient eine Apparatestimme an das Handy bzw. das Telefon bekommt, die ihn auffordert: „...wenn es unter dem linken Rippenbogen schmerzt, drücken Sie die 2... wenn der Schmerz stechend ist, drücken Sie die acht...wenn er nachts auftritt, drücken Sie die sechs...“ usw. Manche meinen sogar, das Jahr 2040 sei viel zu weit gegriffen, man sei bereits dabei, die F-2-F-Kommunikation zwischen Arzt und Patient apparativ zu ersetzen. Doch in der Sprechstunde den Arzt sprechen zu können, fordert doch erst einmal seine Anwesenheit und mehr als das. Er sollte nicht nur „da sein“, sondern präsent, belastbar und gesprächsbereit. Das fordert Zeit!

Andererseits zwingt der Zeitdruck den Arzt wie den Patienten möglichst prägnant, effektiv und adressatenorientiert zu kommunizieren. Das bringt dem Arzt letztlich pekuniären Gewinn und dem Patienten hilft es, Sprechzeit mit dem Arzt und Hoffnung auf Hilfe durch den Arzt in Einklang zu bringen. Dazu der Linguist Peter von Polenz: »Eine Sprache ohne sprachökonomische Regulation wäre heute in Verwaltung, Wirtschaft, Medizin, Hochschulwesen, Handel oder Technik nicht mehr funktionsfähig.« Es ist und bleibt aber gut, wenn der Arzt trotz wirtschaftlichen und sprachökonomischen Drucks in seiner Sprechstunde die Gelegenheit hat, den Patienten spüren zu lassen, dass er erwartet wurde. Genauso gut ist es, wenn er den Patienten gekonnt einführen kann in die Sprechstunde, wenn sich Arzt und Patient „bekannt machen“ können, um mit dem menschlichen Gegenüber vertraut zu werden. So möchte ich als Patient eben mit meinem Namen Dalk angesprochen werden, da ich eben Dalk heiße, und nicht Müller, Meyer oder Schulze. Ärzte haben tatsächlich häufiger als andere Berufsgruppen den 4. Satz der Suggestion aus den Augen verloren, nachdem der Name des Menschen sein größtes Kapital in der Eigenwerbung ist. Berücksichtigen Sie das, dann fühlt sich der Patient gemeint. Der Patient bekommt u.a. das Gefühl, er sei wichtig für sie. Und Sie vermitteln ihm die Gewissheit, dass Sie sich die notwendige Zeit für ihn genommen haben. So nimmt der Patient sich auch die notwendige Zeit für Sie und folglich dann für sich. Übrigens: Auch der Arzt sollte an diesen 4. Satz der Suggestion denken und nicht seinen Namen bei der Vorstellung vor sich hinhurmeln, sich darauf verlassend, dass der Patient seinen Namen bereits auf dem Praxisschild gelesen hat. Auch irgendein Kritzelkrakel auf ein Papier als seinen Namenszug ausgeben, kann den Patienten irritieren. Gewiss, das ist nur ein Randproblemchen.

Leider stehen auch wichtigere Probleme der Kommunikation weder in der Theorie noch in Übungen zur ärztlichen Kommunikation in Ihrem Ausbildungsplan. Eines der ersten Fächer in der medizinischen Ausbildung ist die Terminologie. Wenn man dann den späteren Mediziner hört, weiß man, warum dieses Fach von fundamentaler Wichtigkeit, ja sogar als eine Schlüsselqualifikation angesehen wird. Latein und Griechisch zu lernen ist tatsächlich von Nöten. Jedes Fach hat seine Fachsprache. Sie erleichtert und effektiviert die Kommunikation unter Fachleuten. Doch warum kommunizieren Ärzte auch mit Patienten in der Sprechstunde auf diese Weise? Entspricht es wirklich den Tatsachen, dass deshalb so gesprochen wird, damit die Patienten nicht wissen, was wirklich mit ihnen los ist? Lernen Sie wirklich erst einmal dieses grüne klinische Wörterbuch den Pschyrembel - auswendig? Also würde man einem Germanistik-Studenten einen solchen Wälzer in die Hand geben und ihn auffordern, das auswendig zu lernen, würde der fragen: WARUM? Medizin-Studenten scheinen wahrhaftig ganz schnell zu fragen: BIS WANN? Doch welche Hilfe gibt ihnen das alleinige Studium dieses Wörterbuchs in die Hand, wenn es um den Patienten geht? Denn weitere Kommunikationshilfen bekommen sie im Studium nicht geboten. So haben sie als Ratgeber in der Sprechstunde mit ihrer Patienten lediglich eingebrachtes Talent, ein fragiles Sprachgefühl und mehr oder minder schmerzlich erworbene eigene praktische Erfahrungen. Mehr nicht. Das ist bedauerlich und kann eben bei der Kommunikation mit den Patienten daneben gehen. Dabei hat die deutsche Sprache schätzungsweise 300.000 bis 500.000 Wörter, der alte Goethe soll davon 200.000 parat gehabt haben, im Duden stehen ca. 120.000, davon gehören ungefähr 75.000 zur Standardsprache und die überdurchschnittlich gebildeten Menschen – also alle, die vor mir sitzen – verfügen über einen *a k t i v e n* Wortschatz von über 10 000 bis 20 000, den Sie noch verdreifachen oder verzehnfachen können, wenn Sie an Ihren *p a s s i v e n* Wortschatz denken. Nicht nur für die Sprechstunde ist das ein weites Feld des nie enden wollenden Lernens.

Etwas flapsig sage ich meinen Studenten immer, dass der Spracherwerb in all seinen Teilbereich Lexikologie, Morphologie, Grammatik, Stilistik usw. eine Aufgabe sei, die sie begleitete, bis sie in die Grube krabbeln würden. Meine Damen und Herren – so ist das! Die Boulevard-Zeitungen vermeinen zwar, sie könnten mit 400 bis 500 Wörter auskommen und nähern sich damit dem Niveau der Alltagssprache, in denen 400 bis 800 Wörter zum Einsatz kommen – doch das ist ein Irrtum! Da nutzt es auch nichts, wenn darauf hingewiesen wird, dass man schon mit 100 bis 200 Wörtern im Internet chatten könne. So sehen die Texte dann nämlich auch aus. Die liegen so ungefähr bei „Kanakis“: He Alder, siehs su dem Tussi, is se nich voll krass, eh? Da kommen Sie mit 30 Wörtern aus. Übrigens: Das Wort Kanake kommt aus Hawaii und bedeutet dort „Mensch“. In Deutschland wurde es zum Schimpfwort für Einwanderer. Heute nennen sich die Deutschtürken der zweiten und dritten Generation stolz selber so. Aber die benutzen wenigstens noch 30 Wörter. In der Schule finden wir Schüler, die mit dem Wort „Scheiße“, einer Handvoll bedeutungsschwacher bis bedeutungsleerer Wörter sowie einer Vielzahl von Umlauten ihre Kommunikation erledigen. Damit der Kommunikationspartner auch weiß, dass mit „Du, Scheiß-Kerl, du“ er gemeint ist, wird noch an den Jacken gezogen.

Sie und ich haben in der Erziehung durch unsere Eltern gelehrt bekommen, dass ein nur reicher Wortschatz den Sprecher befähigt, sich differenziert auszudrücken. Und sie tun das auch. Sie haben auch gelernt, nachzufragen, ob jemand „zu sprechen sei“, wenn sie mit ihm sprechen wollten. Die Frage hieß nicht, ob er „da ist“. „Wer da?“ gehört zur Militärsprache. Ärztin und Arzt haben eben die Sprechstunde: Damit ist gemeint, dass Sie, wenn Sie zu sprechen sind, die Zeit haben zu hören, die Zeit haben zuzuhören und vor allem die Zeit haben zu verstehen - im idealen Zusammenwirken von Sprechdenken und Hörverstehen. Übrigens: Meine Damen und Herren, gewiss haben Sie aufmerksam registriert, dass ich mit der Formulierung „Ärztinnen und Ärzte“ versucht habe, auch sprachlich die Frauen und die Männer anzusprechen. Also Ärztinnen und Ärzte. Gestatten Sie mir im Folgenden auf diese Formalie zu verzichten und auf den Sammelbegriff „Arzt“ zurückzukommen, der auch die Frauen unter den Ärzten mit meint. Es spart Zeit und bedeutet auch nichts anderes. Ich weiß: Die Feministinnen in der Gender-Linguistik werden das nicht gutheißen. Denn inzwischen sind diese Gender-Linguistinnen mit dem Vorwurf, das generische Maskulinum sei patriarchalisch und überdies sexistisch, sehr weit gekommen. Es müsse also im Sinne der Gleichsetzungsnormen von Bezeichnungen verdrängt werden, die die Frauen sprachlich sichtbar machen. Und das ist gut so. Besonders in Berufsbezeichnungen: Es gibt also den Studenten und die Studentin, es gibt den Professor und die Professorin (leider noch zu wenige) und neuerdings gibt es auch neben dem Bundeskanzler die Bundeskanzlerin, da sie dank Frau Merkel

auch realiter vorhanden ist. Es gibt Gleichstellungsbeauftragte (warum gibt es eigentlich keinen Gleichstellungsbeauftragten? –ich glaube langsam wäre der nötig), es gibt Lehrer und Lehrerinnen Verkäufer und Verkäuferinnen... usw. Nur bei manchen weiblichen Berufsbezeichnungen wie z. B. „der Steinmetz“ hakt es noch. Denn „die Steinmetze“ will wegen der Frauenverachtung, die im Wort „Metze“ liegt, nicht gefallen. Auch bei der weiblichen Form von der Oberin“ zu „die Oberin“ wird berechtigt gezügert, auch „Hauptmännin“ zum Dienstgrad „Hauptmann“ gefällt nicht. Ganz vom Fenster ist dazu die Alternative „Hauptfrau“, weil einfach zu missverständlich. Es gibt aber zum Glück noch nicht das Raucherinnenabteil oder die Fußgängerinnenzone oder den Bürgerinnensteig. Aber es gibt Versuche, sprachliche Geschlechtergleichheit zu erzielen, die einfach überzogen sind. Ich weiß nicht, ob Sie, meine Damen und Herren, bereits das sogenannte großgeschriebene Binnen-I, dass beide Geschlechter bezeichnen soll, in Ihre Sprechstunde einbezogen haben. Also: PatientInnen mit großem I im Wortinnern. Das sieht nicht nur im Schriftsprachlichen abenteuerlich aus, der Computer wehrt sich rigide gegen diese Schreibung, indem er das Wort rot als orthographischen Fehler markiert. Schriftlich können Sie sich der Schreibung ja zugeneigt haben, aber wenn Sie versuchen wollten, dieses „Binnen-I“ zu sprechen und dann noch von dem Singular „die Patientin“ sprechsprachlich zu scheiden, dann haben Sie große Schwierigkeiten. Besonders merkwürdig ist der Umstand, dass auf das explizite Sichtbarmachen des Geschlechts dort gewöhnlich verzichtet wird, wo es für die Frauen nicht gerade ein Kompliment wäre, extra genannt zu werden - also: Es gibt keine Falschparkerrinnen und kaum Straftäterinnen. Auch Radiomeldungen wie diese habe ich bis dato noch nicht gehört: Achtung, Achtung Autofahrerinnen und Autofahrer, auf der A20 kommt Ihnen eine Geisterfahrerin entgegen. In diesem Zusammenhang wird übrigens häufig übersehen, dass es auch das generische Femininum gibt: es existiert nur die Geisel, nicht der Geisel, es gibt nur die Person und die Führungskraft...Also in dieser Festrede letztmalig: Liebe Ärztinnen und liebe Ärzte!

Oft beklagen Patienten: „Mein Arzt spricht nicht mit mir“. Dabei hat der Patient auszudrücken versucht, dass der Arzt nicht „richtig“ mit ihm spricht, sondern ihn mit zu lapidaren Antworten abspießt oder fachchinesisch abweist. Patienten vermuten mangelnde Auseinandersetzung des Arztes mit ihren Beschwerden. Sie fühlen sich unverstanden. Im extremen Falle kann dabei verbale und nonverbale, sprachliche und sprechsprachliche Hilflosigkeit des Arztes den Patienten verunsichern oder ihn sogar beleidigen. Der Arzt unter Zeitdruck wird Mühen haben, sich dem Patienten als akzeptablen Gesprächspartner seiner Sprechstunde anzubieten. Meine Damen und Herren! Aus meinen Lehrveranstaltungen mit ihren Kolleginnen und Kollegen weiß ich, um die Schwierigkeiten, aber auch um die Notwendigkeit, ein Gespräch in absehbarer oder eben in beabsichtigter Zeit zu führen und mit positivem Ergebnis abzuschließen. Es scheint heute ganz besonders schwierig, in der so knapp bemessenen Zeit und dem heutigen hektischen, dialogischen Verhalten, auf Äußerungen des Kranken und auf alle Beiträge des Patienten hinreichend zu reagieren. Zumal sich die Öffentlichkeit in der Meinung einig scheint, dass der Arzt in der Sprechstunde nicht nur mit dem Patienten verständlich und ausreichend sprechen, sondern auch zuhören können sollte. Da irrt sie nicht.

Mir gibt es die Gelegenheit, den zweiten Teil meines Thementitels anzusprechen und mich besonders an meine Geschlechtsgenossen unter Ihnen zu wenden. Männer können in der Regel sehr gut hören. Sie hören sogar die Stimme der gerade erst auf dieser Festveranstaltung kennen gelernten hübschen Kollegin fünf Bankreihen hinter ihnen. Und was sie verstehen wollen, - meine Geschlechtsgenossen – das verstehen sie auch blendend. Sie alle können das unschwer an dem Verständnis der Männer vom Fußball-Abseits ermessen. Doch Zuhören – das ist schon schwieriger. Und „aktives Zuhören“ ist eine ganz besondere Herausforderung. Lieber stehen die Herren der Schöpfung mit einem regungslosen Pokergesicht vor der Gesprächspartnerin oder dem Gesprächspartner und diese können dann raten, ob der Gegenüber tatsächlich zuhört oder mit seinen Gedanken bereits bei der schon erwähnten hübschen Kollegin ist. Beobachten Sie einmal unter diesem Aspekt eine reine Frauengesprächsgruppe und dann eine Männergruppe. Was fackeln die Frauen im Gespräch für ein Feuerwerk verbaler, paraverbaler und nonverbaler Signale ab! Sie tun das nicht etwa, weil sie ja sowieso solche Tratschen sind, wie die Männer oftmals vermeinen, NEIN, sie tun es, weil es ihnen darum geht, ihre eigene Aufmerksamkeit zu signalisieren, um Zustimmung einzubringen, Erstaunen zu zeigen, weitere Informationen einzufordern, das Gespräch voranzubringen, gute Stimmung zu machen usw.

Die Männer? Vorhin stand eine Fünfergruppe am Tisch neben der Treppe. Einer sprach. Die anderen vier schauten mit einem undeutbaren Nullgesicht den Sprecher an. Keine Regung im Körper, nur lässiges Stehen, kein Spiel der Minen, nur Pokerface. Also: Beim Hörverstehen und vor allem beim Signalisieren dieses Hörverstehens zum Gesprächspartner hin aber auch zur Gesprächspartnerin, verfügen die Männer über ein erstaunliches Defizit an verbalen und nonverbalen Signalen. Selbst Ärzte! Mancher favorisiert noch heute die so genannte Leer-Physiognomie oder das bewegungslose Nullgesicht, wenn er mit einem Patienten spricht. Andere wieder vernachlässigen das aktive Zuhören zu Lasten des eigenen Sprechens. Doch wann soll ein Arzt sprechen? Wann soll er zuhören und schweigen? Hier geht es um eine sehr entscheidende Frage –es geht nämlich um die Frage des Problembesitzes. Gewöhnlich darf man davon ausgehen, dass vordringlich der Patient Probleme hat. Er fühlt sich krank, sucht Rat. Aber denken Sie bitte auch daran, dass auch Sie Probleme haben. Natürlich ranken die sich vor allem um die Frage, wie kann ich dem Patienten helfen. Aber auch solche Fragen können Sie beschäftigen: Wie: Warum schlägt die Therapie bei diesem Patienten nicht an? Was muss ich noch tun, um auf den wirkungsvollen Weg zu kommen? Ist irgendetwas in der Familie, das sich als Ursache für den mangelnden Erfolg herausstellt? Usw. Jetzt haben Sie nämlich das Problem. Für den Arzt ist es absolut *zwingend*, in der Lage zu sein, zwischen Problemen zu unterscheiden, die es im Leben der Patienten gibt, und solchen, die ihren eigenen Bedürfnissen im Wege stehen. Denn danach richten Sie Ihre Kommunikation aus. Hat der Patient das Problem, erweist es sich als unbedingt notwendig, aktiv zuzuhören. Haben jedoch S i e das Problem, sollten S i e sprechen, um an jene Defizite zu gelangen, die unbedingt beseitigt werden müssen, wollen Sie erfolgreich helfen.

Wer das Problem besitzt, können Sie herausfinden, indem Sie sich wichtige Fragen beantworten: 1. Hat dieses Verhalten, das der Patient jetzt an den Tag legt, irgendetwas mit mir und meiner Therapie zu tun? 2. Fühle ich mich gegenüber dem Patienten nicht annehmend, weil er mich stört, mir schadet, weh tut, mich beeinträchtigt? Oder 3. fühle ich mich nicht annehmend, nur weil ich möchte, dass der Patient anders handelt, kein Problem hat, sich so fühlt, wie ich glaube, dass er sich fühlen sollte? Falls die Antwort auf die letzte Frage »ja« lautet, besitzt der Patient das Problem. Und Sie hören aktiv zu. Lautet sie aber »ja« auf die ersten beiden Fragen, dann haben Sie gewiss wirklichen Anteil an dem Problem. Und Sie sollten sprechen Diese so wichtigen Fragen stellen sich die Wenigsten. Das Ergebnis: Der Arzt redet und redet und redet i m m e r und in jeder Lage und erfährt schließlich vom Patient zu wenig oder gar nichts. Oder: Der Arzt schwiegt i m m e r und in jeder Lage und verliert damit die grundsätzliche Chance zu erfahren, wo seine Probleme mit dem Patienten liegen oder ob die Probleme in der Therapie liegen oder, oder, oder...Oft ist es ja das verständliche Helfersyndrom, das den Arzt reden lässt, sobald der Patient einen Satz gesagt hat. Oder er ist genervt, sobald der berühmt-berüchtigte Patient zum 1000x von seinen Kopfschmerzen, seinem Rheuma-Leiden und seinen Magenbeschwerden zu klagen beginnt: Gewiss ist es schwer, sich bei solchen klagsamen Weltschmerznaturen zurückzuhalten. Doch es muss sein. Auch wenn von Fern oder etwas näher bereits das Wirtschaftlichkeitsgebot droht. Ja! Es ist unermesslich schwer, warten, zuhören, beobachten zu lernen, um auf die Ebene des Patienten zu gelangen, tiefen Kontakt herzustellen und die „Beschwerden“ als Kommunikation zu begreifen. Aber, meine Damen und Herren, Sie wissen aus Ihrer eigenen Erfahrung, dass aus dem Wann und Was, aus dem Wie und Warum der Patient spricht, und das das schon die halbe Diagnose sein kann. Manchmal ist es auch schon ein wesentlicher Teil der Therapie. Denn Helfen ist nicht nur die aktive ärztliche Maßnahme, sondern auch der Vollzug der Heilung in Geist und Seele. Übrigens: Auch schauspielerische Fähigkeiten helfen dem Arzt. Nur Vorsicht: Sie müssen ernsthaft an Ihre kommunikativen wie sonstigen Handlungen glauben. Ganz fest. Sonst durchschaut sie der Patient sofort. Denn zwischen Ihnen und den Schauspielern gibt es natürlich etliche Unterschiede. Ganz besonders den: Der Schauspieler hat jeden Abend ein anderes Publikum. Sie vielleicht über Jahre, ja Jahrzehnte immer dasselbe. Das kennt bald Ihre Tricks und Kniffe. Bleiben sie also authentisch! Sind sie es nicht, verrät sie Ihr Körper, Ihre Bewegung, Ihre Gestik, Ihre Mimik und auch Ihre Stimme.

Lassen Sie mich bitte zum Abschluss meines Festvortrages darauf verweisen, dass ich wohl weiß, dass Sie noch ganz andere Sorgen haben als Kommunikation, Rhetorik und Sprechen. Ich suchte mir beispielsweise den Arzt, der die Schmerzen an meiner Achilles-Sehne behandeln sollte, damit ich für meinen Marathon-Lauf in Dublin besser gerüstet bin, nicht etwa nach dessen nonverbalen und verbalen Geschick aus. So weit geht die Hinwendung zu meinem Fachgebiet denn doch nicht. Ich betone die Notwendigkeit eigener kommunikativer, sprachlicher und sprechsprachlicher Ausstattung des Mediziners. Ja, dazu stehe ich. Und medizinisch helfen auch durch ein Gespräch? Ja ! Und nochmals JA! Vor dieser Hoffnung, die durch Ihre engagierte Arbeit zuweilen Wahrheit wird, kann ich als Patient nur ehrfürchtig stehen und versprechen, dass ich Ihnen – so Sie es wollen – dass ich Ihnen also stets mit all meinen Kräften zur Seite stehen werde.

Und von dieser selbst gewählten Position aus wünsche ich Ihnen viele erfolgreiche Jahre engagierter Arbeit die größten Erfolge in Ihren kommenden Patienten-Gesprächen ganz im Geiste des Martin Luther-Mottos:

Tritt fest auf! Mach's Maul auf! Hör bald auf!

Und ich höre jetzt auf!