



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.)

**F** 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(bbruch)

Kommunikative und narrative Strategien

**F**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 Urheberrechtsgesetzes 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](http://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 <i>Rakovyj Korpus</i> ( <i>Krebsstation</i> ) .....	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
---	-----

## 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

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
-------------------------------------	-----





## 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.“<sup>1</sup> (Lev Tolstoj)

Im Band *Empathie im Umgang mit dem Tabu(bruch): Kommunikative und narrative Strategien* werden in Anknüpfung an die Pilotpublikation von 2013<sup>2</sup> 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 Tolstoj, 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).

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?<sup>3</sup> 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<sup>4</sup> und kognitiven Prozessen Voraussetzung für das Verstehen anderer:

Selbst die automatisierten, im Moment des Geschehens zweifellos prä-reflexiven 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 Codes zu reagieren. Durch derartige Codes werden wir von unserem kulturellen Umfeld auf bestimmte Aus-

.....

- 3 Siehe dazu: Häusser, Leonard F. (2012): „Empathie und Spiegelneurone. 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).

drucksformen sensibilisiert und zur Empathie – in bestimmten, historisch-kulturell variierenden Formen – trainiert.<sup>5</sup>

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“.<sup>6</sup>

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<sup>7</sup> und ordnet sie ihrer Struktur unter“; Menschen besitzen also „die Fähigkeit zu fiktivem Denken und zur Erschaffung elaborierter imaginärer Welten“<sup>8</sup>:

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.<sup>9</sup>

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.<sup>10</sup> Analog dazu hatte Hans Robert Jauß bereits 1976 in

.....  
5 Breyer, Claudia/Breithaupt, Fritz (2010): „Einleitung“. In: Breyer, 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.<sup>11</sup>

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 unterscheidet 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.<sup>12</sup>

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<sup>13</sup> zu bewältigen?

---

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

- 11 Jaufß, 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: trafo (=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).

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<sup>14</sup> 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“<sup>15</sup> 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<sup>16</sup>. 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“<sup>17</sup>.

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)<sup>18</sup> und dem ärztlichen Ethos (siehe hippokratischer Eid). Empathie<sup>19</sup> 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 Stilmit-  
teln 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 Kri-  
sensituationen**. 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<sup>20</sup>,  
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 ei-  
nen Beitrag über **Euphemismen in der Arzt-Patient-Kommunikation: Über  
den Schrecken der Wörter, Kollokationen und Partikel im Kopf des Patien-  
ten beim Zahnarzt** geliefert. Der Linguist als Spezialfall eines sprachkompe-  
tenten 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 Ge-  
dankenkarten mit Wörtern, Kollokationen, Partikeln, mit Gerüchen, Geräu-  
schen, 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, problema-  
tische 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 Gesprächssituati-  
onen 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<sup>21</sup> 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, Verschwiegendes 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.

**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 feinfühligem 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 of 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 Dragana 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 *Slepj 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“<sup>22</sup>.

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 Uspenskij 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: *Realexikon der deutschen Literaturwissenschaft*. Berlin, New York: de Gruyter, Bd. 3, S. 571.

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 beehrte 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.



**I PLACEBO „SPRECHENDE“ MEDIZIN? ÄRZTLICHE EMPATHIE  
IN DER KOMMUNIKATION ÜBER DIE TABUZONEN KRANKHEIT  
UND TOD**



## **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.<sup>1</sup>

### **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.<sup>2</sup>

- .....
- 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.



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.<sup>3</sup>

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 unverstänlich, 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.<sup>4</sup> 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.<sup>5</sup>

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.

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).

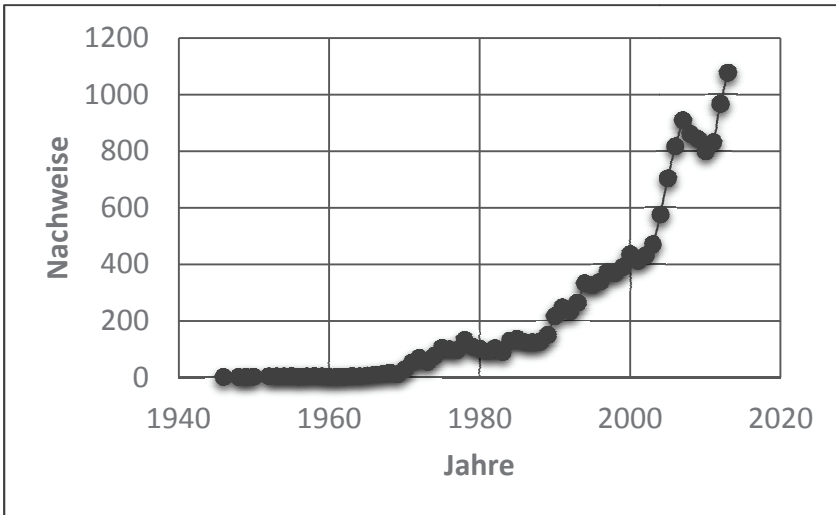


Abb. 1: Anzahl der Nachweise (n=15.455) zur Empathie in der Datenbank PubMed (Freitextrecherche).

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.<sup>6</sup>

Empathie [...] erfordert als tieferes Verstehen ein Sichhineinversetzen- können 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.

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.<sup>7</sup>

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.<sup>8</sup>

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 Mitleids*. 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<sup>9</sup> 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 hineinzusetzen, 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.

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“.<sup>10</sup>)
- 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/>.