

Zur Balance zwischen Empathie und notwendiger Distanz im Arztberuf



Univ.-Prof. Dr. med.
Joachim Bauer

Warum ist die Fähigkeit des Arztes, empathisch zu sein und seine Patienten intuitiv zu verstehen, ein entscheidender Zusatzfaktor guter Medizin?¹ Wissen über ihre Patienten schöpfen Mediziner nicht nur aus den „Rohdaten“, die sich durch Anamnese, körperliche Untersuchung, Laboranalyse und apparative Zusatzuntersuchungen ergeben. Zwar sind diese medizinischen Informationen durch nichts zu ersetzen. Doch Ärzte können bei ihren Patienten weitere Zeichen wahrnehmen, die im Arzt etwas zur Wirkung kommen lassen, was als „intuitives Verstehen“ oder Empathie bezeichnet werden kann. Nachfolgend soll dargelegt werden, warum ärztliche Empathie den Therapieerfolg positiv beeinflussen kann. Daran anschließend soll auf eine wichtige neurobiologische Grundlage der Empathie – das System der Spiegelneurone – eingegangen werden. Schließlich soll aber auch auf die nicht geringe Gefahr hingewiesen werden, in der eigenen ärztlichen Empathie sozusagen zu ertrinken und im Burn-out zu landen.

Warum beeinflussen intuitives Verstehen und Empathie den Therapieerfolg?

Die Arzt-Patienten-Begegnung, wie sie in Praxen, Ambulanzen und auf Stationen stattfindet, orientiert sich an einem Modell, welches auch außerhalb der Medizin Anwendung findet, nämlich überall dort, wo es um die Reparatur von Gerätschaften geht: Nach diesem Modell bringt der Patient seinen sozusagen „defekten“ Körper zum Arzt, berichtet dem Arzt seine Beschwerden und erwartet – via Diagnose – die Erkennung und – via Therapie – die Behebung der Schadensursache. Dieses Modell ist keineswegs so falsch, wie von medizinkritischer Seite oft behauptet wird. Wer das, was die moderne Medizin heute zu bieten hat, unvoreingenommen betrachtet, wird ehrlich zugeben müssen, dass das oft geschmähte „Reparaturmodell“ ein unverzichtbarer Bestandteil guter Medizin ist: Wer einen akuten Herzinfarkt oder Schlaganfall erlitten hat, wer an einer lebensbedrohlichen atypischen Pneumonie erkrankt ist, wer sich einer komplexen Chemotherapie oder einem chirurgischen Eingriff unterziehen muss, wird Ärzte schätzen lernen, die ihr Handwerk im Sinne des „Reparaturmodells“ beherrschen. Daher ist die wohlfeile Kritik an einer technisch und apparativ anspruchsvollen Medizin abzulehnen. Allerdings gilt es, die Aufmerksamkeit auf einen Bereich der ärztlichen Wahrnehmung zu richten, der im normalen ärztlichen Betrieb leider sehr vernachlässigt wird.

Was der Patient dem Arzt über den Grund seiner Vorstellung berichten kann, unterscheidet sich vom Bericht, den der Besitzer eines defekten Fahrzeugs seinem Kfz-Fachmann gibt, in einem wesentlichen Punkt: Beschwer-

den, die den eigenen Körper und damit das eigene Schicksal betreffen, sind unweigerlich emotional „aufgeladen“, und das in vielerlei Hinsicht.

Gesundheitliche Störungen können im Zusammenhang mit ängstlichen Befürchtungen stehen, aber auch mit Wünschen, Erwartungen und Ansprüchen verbunden sein. Beschwerden können mit Scham- oder Schuldgefühlen, aber auch mit Vorwürfen gegen Dritte einhergehen. Nicht nur die Beschwerden per se, auch die persönlichen Kontexte, aus denen heraus sich Beschwerden entwickelt haben, können scham- oder tabubelegt sein. Gründe für eine mit den Beschwerden verbundene emotionale Komponente können aber auch im privaten und beruflichen Umfeld des Patienten liegen: Jeder Patient macht sich Gedanken, wie Angehörige, Kollegen oder Vorgesetzte auf eine eventuell vorliegende Erkrankung reagieren. Eine emotionale Konnotation seiner Beschwerden beim Patienten kann sich auch durch die Begegnung mit dem Arzt selbst ergeben. Die meisten Patienten haben den legitimen Wunsch nach angemessener persönlicher Zuwendung. Manche Patienten haben aber auch übersteigerte Zuwendungserwartungen. Andere wiederum haben Angst, ihre Beschwerden seien im Vergleich zu anderen Kranken irrelevant und fürchten, sie könnten dem Arzt nur wertvolle Zeit rauben. Wieder andere Zeitgenossen bringen jedem Arzt vorsichtshalber erst einmal grundsätzliches Misstrauen entgegen.

Emotionale Gestimmtheiten, mit denen wir Menschen – und Patienten zumal – unterwegs sind, sind ein impliziter Teil unseres Erlebens. Entsprechend sind die emotionalen Aspekte, die sich für Patienten, zusammen mit gesundheitlichen Beschwerden, ergeben können, in der Regel nicht Teil des expliziten Rapports, den der Arzt bei der Anamnese zu hören bekommt. Obwohl mit den Beschwerden einhergehende Emotionen im Gespräch zwischen Arzt und Patient meistens außen vor bleiben, können sie die *Beschwerdeschilderung* – und oft auch sein *Beschwerdeerleben* – massiv beeinflussen. Sie können zum Beispiel eine Bagatellisierung der Beschwerdeschilderung oder auch eine Aggravation zur Folge haben, aber auch Weglassungen oder Verschiebungen des Wahrnehmungs- oder Aufmerksamkeitsfokus (manchmal auch Verschiebungen der Beschwerden). Durch emotionale Begleitvorgänge verursachte, implizite, also in der Regel unbewusste Veränderungen oder Verfälschungen der Beschwerdeschilderung können, wenn sie nicht erkannt werden, den diagnostischen Prozess in die Irre führen. Diagnostische Irrwege ziehen Einbußen beim Therapieerfolg nach sich. Therapeutische Nichtansprechbarkeit kann sich nicht nur durch diagnostische Sackgassen, sondern auch aus emotionalen Verwicklungen ergeben, die – wie schon erwähnt – mit der unmittelbaren Begegnung des Patienten mit seinem Arzt zu tun haben. Fehlendes Vertrauen, verdeckte Vorwurfshaltungen, aber auch übersteigerte Versorgungs- und Bindungswünsche können zum Beispiel dazu führen,

¹ Nachfolgend wird nur von „Ärzten“ und „Patienten“ gesprochen, auch wenn damit immer auch „Ärztinnen“ und „Patientinnen“ gemeint sind.

dass es einem Patienten gar nicht besser gehen „darf“. Was also tun?

Seit dem Altertum ist bekannt, dass gute Ärzte über eine Möglichkeit verfügen, durch emotionale Einflüsse verursachte Veränderungen bei der Beschwerdeschilderung und beim Beschwerdeerleben ihrer Patienten intuitiv wahrzunehmen. Worauf beruht die ärztliche Kunst, bei einem anderen Menschen „hinter die Kulissen zu schauen“ und ihn intuitiv zu verstehen? Die Kunst besteht darin, nicht nur genau zu hören, was der Patient explizit, sozusagen 1:1, berichten kann, sondern zusätzlich auch darauf achten, wie er etwas sagt. Worauf es ankommt, ist, auf die Art zu achten, wie der Patient spricht; welche Zeichen seine Stimme aussendet; auf ein etwaiges Stocken seiner Rede, oder auf das Gegenteil, also auf eine Tendenz eines Patienten, den Arzt „zuzutexten“; auf seine Mimik, sein Blickverhalten und seine sonstige Körpersprache. Quelle intuitiven ärztlichen Verstehens ist – neben der Sprache – vor allem die *Körpersprache* des Patienten. Ärzte, die während des Anamnese-Gesprächs nicht die Person des Patienten, sondern nur den Bildschirm ihres PC oder nur ihre Unterlagen im Blick haben, haben diese wichtige Informationsquelle nicht zur Verfügung. Vom Patienten ausgehende körpersprachliche Zeichen können den Arzt – wenn er bereit und in der Lage ist, diese Zeichen beim Patienten zu lesen – Informationen über Aspekte geben, die für den diagnostischen und therapeutischen Prozess von erheblicher Bedeutung sind. Körpersprachliche Zeichen können den Arzt über eine vom Patienten erlebte Scham informieren, über eine nicht eingestandene Bedrückung oder Hoffnungslosigkeit, über stillen Ärger oder über eine seelische und/oder sozial bedingte Notlage.

Die intuitive Wahrnehmung der vom Patienten ausgehenden Zeichen und die Fähigkeit, sie zu „lesen“, ist kein Selbstzweck, sondern kann dem Arzt helfen, seinen Patienten zu „erreichen“, sein Vertrauen zu gewinnen und eine möglichst nahe an der Realität liegende Beschwerdeschilderung zu erhalten. Spürt der Arzt zum Beispiel, dass den Patienten etwas bislang Unausgesprochenes bedrückt, so kann er den Patienten vorsichtig anfragen, inwieweit etwas bisher von ihm nicht gesagt werden konnte („Könnte es sein, dass Sie noch etwas sagen wollten?“ oder „Ich habe das Gefühl, dass Ihnen noch etwas auf dem Herzen liegt.“). Es liegt auf der Hand, dass vom Arzt plump vorgetragene Vermutungen oder gar Unterstellungen kontraproduktiv wären. Je vorsichtiger, taktvoller und einfühlsamer von ärztlicher Seite vorgegangen wird, umso eher wird sich ein Patient öffnen. Eine zwanglose Art, in der beschriebenen Weise mit dem Patienten in Kontakt zu kommen, ist die in Ruhe, mit den eigenen Händen vorgenommene körperliche Untersuchung.

Neurobiologisches Korrelat der Intuition: Das System der Spiegelneuronen

Intuitive Wahrnehmungen wurden – mit Blick auf ihre Qualität und Zuverlässigkeit – lange Zeit als unsichere Auskunftswerte betrachtet. Schließlich war bis vor Kurzem völlig unklar, wie solche Intuitionen zustande kommen. Es konnte nicht ausgeschlossen werden, dass sie ein Produkt purer Einbildung sind. Die Bedeutung intuitiven Verstehens musste neu bewertet werden, seit – durch eine italienische Arbeitsgruppe an der Universität Parma (Italien) – das System der Spiegelneuronen entdeckt wurde.

Dieses System ist eine Art „neurobiologischer Resonanzboden“: Eine Untergruppe von Nervenzellen des menschlichen Gehirns wird nicht nur dann aktiv, wenn der durch diese Zellen initiierte Prozess im *eigenen* Körper realisiert werden soll, sondern auch dann, wenn sich ebendieser Prozess im Körper einer *anderen* Person abspielt (Übersicht bei Bauer, 2006). Es handelt sich dabei um keinen magischen Vorgang, Telepathie ist nicht im Spiel. Das Resonanzgeschehen funktioniert nur, wenn sich zwei Menschen im gegenseitigen Einzugsbereich ihrer fünf Sinne befinden.

Spiegelneuronen („Mirror Neurons“) sind in der Lage, im Gehirn des Beobachters einen Vorgang zu simulieren bzw. zu imitieren, der sich real nur im Körper eines beobachteten anderen Menschen abspielt. Sehen wir also zum Beispiel einen anderen Menschen motorisch tätig werden, kommt es im Gehirn des Betrachters zu einer stillen Mitaktivierung motorischer Neurone. Entsprechendes gilt, wie experimentell gezeigt wurde, für die Beobachtung somatosensibler Erfahrungen. Spiegelresonanzen wurden auch dann nachgewiesen, wenn wir (z. B. am Gesichtsausdruck) erkennen, wie sich ein anderer Mensch ekelt: Es kommt zu einer begleitenden, sozusagen spiegelbildlichen Mitaktivierung der in der Inselregion befindlichen Ekelzentren. Sehen wir, wie ein Anderer Schmerzen erleidet, führt dies im Beobachtergehirn zu einer Aktivierung von Teilen der neuronalen Schmerzmatrix.

Das System der Spiegelneuronen ist in der Lage, in uns einen inneren Eindruck, eine Vorstellung oder ein (Mit-)Gefühl bezüglich des jeweiligen inneren Zustandes eines anderen, in unserem Wahrnehmungshorizont befindlichen Menschen hervorzurufen. Spiegelneurone sind eine wesentliche (allerdings nicht die alleinige) neurobiologische Grundlage für die Fähigkeit des Menschen, sich in andere Personen einzufühlen und andere zu verstehen. Spiegelzellen arbeiten „präreflexiv“, das heißt, sie werden ohne bewusstes Nachdenken oder anstrengende kognitive Akte tätig. Alleinige Voraussetzung für ihr Tätigwerden ist der Zufluss von Informationen, die sich aus der Sprache und Körpersprache anderer Menschen ergeben. Falls Sprache und Körpersprache sich widersprechen (z. B. bei einem Patienten, dessen Redefluss aus erkennbarer Scham ins Stocken geraten ist, der uns aber gleichzeitig versichert, er habe nichts auf dem Herzen), glauben wir der Körpersprache als dem evolutionär älteren Kommunikationsmittel mehr als der evolutionär jüngeren Sprache. Kognitive Anstrengungen haben keinen Einfluss auf die Funktionstüchtigkeit des Spiegelsystems. Ob sich Spiegelneurone trainieren lassen, ist noch ungeklärt. Entsprechend der neurobiologischen „use it or lose it“-Grundregel verbessern in Gebrauch befindliche neuronale Systeme ihre eigene Funktionstüchtigkeit. Daher darf angenommen werden, dass über längere Zeit gehende Übungen, sich in die Situation eines anderen einzufühlen (wie es im Rahmen von professionellen Supervisions-, Intervision- oder Balintgruppen geschieht), das Potential des Spiegelsystems und das ärztliche Einfühlungsvermögen stärken.

Intuitive Informationen nehmen ihren Weg nicht nur vom Patienten zum Arzt, sondern auch in entgegengesetzter Richtung. Auch Eindrücke, die sich für den Patienten aus dem Auftreten des Arztes ergeben, können Einfluss auf das diagnostische und therapeutische Geschehen haben. Innere Haltungen und Einstellungen des Arztes haben

unweigerlich körpersprachliche Zeichen zur Folge, die von Patienten wahrgenommen werden. Was der Patient am Arzt wahrnimmt, beeinflusst sein Verhalten, seine Kooperationsbereitschaft, seine Offenheit und seine Heilungszuversicht. Wie für alle Menschen, so gilt auch für den Arzt der berühmte von Paul Watzlawick stammende Satz: „Es ist weder möglich, nicht zu kommunizieren, noch ist es möglich, sich nicht zu verhalten.“ Haltungen und Einstellungen des Arztes haben einerseits mit seiner eigenen Person zu tun, andererseits sind sie immer auch Reaktionen (bzw. Spiegelungen) auf das, was der Arzt an seinem Patienten wahrnimmt. Ärztliche Persönlichkeitsvariablen wie Zugewandtheit, Aufmerksamkeit und Einfühlungsvermögen erhöhen die Bereitschaft des Patienten, sich zu öffnen. Entsprechend lösen situative äußere Faktoren, wie sie das ärztliche Tun nur allzu oft beeinflussen (Überlastung, Zeitnot und eine sich daraus ergebende Gehetztheit), im Patienten entsprechend negative Intuitionen aus.

Besonders gravierende, von ärztlicher Seite leider nur allzu häufig nicht beachtete Folgen ergeben sich aus der Art und Weise, wie (nicht *ob!*) Ärzte ihren Patienten Verdachtsdiagnosen oder Diagnosen mitteilen. Die Prognose, die ein Arzt seinem Patienten gibt, kann nachhaltige Auswirkungen auf den tatsächlichen Erkrankungsverlauf haben. Aus dem Verhalten des Arztes erkennbare, für den Patienten „zwischen den Zeilen“ lesbare Einstellungen des Arztes erzeugen im Patienten eine spiegelbildliche emotionale Reaktion (z. B. Zuversicht oder Resignation und Apathie). Diese spiegelbildliche Reaktion kann zum Beispiel das Gesundheitsverhalten des Patienten massiv beeinflussen. Es geht dabei nicht etwa darum, einem ernst erkrankten Patienten keine wahrheitsgemäße Auskunft über die Diagnose zu geben, sondern darum, welche Haltung Arzt und Patient gegenüber der gestellten Diagnose entwickeln. Auch eine maligne Diagnose sollte nicht dazu führen, die Potentiale einer gesunden Lebensführung und die Selbstheilungskräfte des Patienten außer Acht zu lassen.

Spiegelresonanzen sind für den wahrnehmenden Empfänger (z. B. für einen Patienten) nicht nur eine intuitive *Informationsquelle* über die inneren Vorgänge eines anderen Menschen (z. B. über die prognostischen Einschätzungen des Arztes). Sie können, wie entsprechende Studien überzeugend zeigen, den inneren Zustand des (Resonanz-) Empfängers auch *verändern*. Vom Spiegelsystem vermittelte „Ansteckungseffekte“ sind uns allen auch aus dem Alltag bekannt: Die Traurigkeit oder Zuversicht eines anderen Menschen kann uns selbst traurig oder zuversichtlich machen. Auch der Ekel, das Lachen oder das Gähnen unterliegen der Möglichkeit der Ansteckung. Da Pessimismus und Depressivität biologische Folgen nach sich ziehen (und z. B. immunologische Parameter verändern) können, macht es nicht nur einen oberflächlich-psychologischen, sondern einen physiologischen Unterschied, ob sich vom

Über den Autor: Univ.-Prof. Dr. Joachim Bauer ist Oberarzt an der Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie (Ärztlicher Direktor: Univ.-Prof. Dr. Michael Wirsching) am Uniklinikum Freiburg. Adresse des Autors: Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Hauptstrasse 8, 79104 Freiburg. E-Mail: joachim.bauer@uniklinik-freiburg.de

Arzt auf den Patienten eine Haltung überträgt, die spürbar macht, dass – auch angesichts einer ersten Diagnose – eine positive Lebenseinstellung, weitere therapeutische Anstrengungen und eine gesunde Lebensweise Sinn machen.

Von der Gefahr, in der eigenen ärztlichen Empathie unterzugehen

Die Spiegelsysteme des Menschen arbeiten präreflexiv und schnell, sie erfordern kein angestregtes Nachdenken. Trotzdem ist die ärztliche Bereitschaft zur Empathie, die Bereitschaft des Arztes ein Stück weit zu fühlen, was sein Patient fühlt, kein völlig anstrengungsfreies Unterfangen, sondern kostet – jedenfalls auf Dauer – psychische Kraft. Ärzte, die sich ein Stück weit auf die Lebenskontexte einlassen, aus denen heraus – und in die hinein – der Patient seine Beschwerden entwickelt, dienen ihren Patienten als eine Art emotionaler Container. Empathie zu zeigen bedeutet, immer wieder den Perspektivwechsel zur Perspektive des Patienten hin zu vollziehen.

Der *Benefit* einer empathischen ärztlichen Haltung – dies sollte mit den bisherigen Ausführungen deutlich gemacht werden – besteht in einer zielgenaueren Diagnostik, einer höheren Therapieeffizienz und in einem besseren Arzt-Patienten-Verhältnis. Der *Nachteil* der Empathie besteht darin, dass negative Gefühle anderer, die wir empathisch nachvollziehen, auf uns abfärben können, dass sie unsere eigene Emotionalität verändern. Auch dies hat seinen Grund in der Wirkungsweise der Spiegelneurone. Empathie ist daher keineswegs immer und unter allen Umständen „gut“, sondern bedarf der richtigen Dosierung. Der Satz des Paracelsus, dass „allein die Dosis macht, dass ein Ding kein Gift sei“, gilt auch für die Empathie.

Wer über *keinerlei* natürliche Empathie verfügt, der hat es im Umgang mit Patienten schwer – manchmal auch im Umgang mit Kollegen. Jeder von uns weiß, welche wenig hilfreichen Bemerkungen Ärzte manchmal – im Beisein des Patienten – von sich geben, wenn am Ultraschallschirm plötzlich ein unerwarteter Befund ins Bild rückt, oder wenn eine Röntgenaufnahme mit einem auffälligen Befund an den Bildschirm gehängt wird. Doch nicht nur ein Mangel, auch ein Übermaß an Empathiebereitschaft kann abträglich sein, abträglich zunächst der Gesundheit des Arztes, im weiteren Verlauf dann auch der seiner Patienten.

Wenn heute vom Burn-out-Syndrom gesprochen wird, meinen viele damit in Wirklichkeit nichts weiter als eine Erschöpfung. Die Gleichsetzung des Burn-out-Syndroms mit einer banalen Erschöpfung ist genauso unsinnig wie die Gleichsetzung mit einer Depression. Ein zentrales, geradezu pathognomonisches Merkmal des Burn-out-Syndroms ist, zusätzlich zu einer anhaltenden, erholungsresistenten Erschöpfung, der Verlust der Empathiefähigkeit. Burn-out-Betroffene zeigen gegenüber Menschen, für die sie beruflich tätig sind, nicht nur einen Verlust der Empathie, sondern einen Umschlag in eine zynische Haltung. Den Kern des Burn-out-Syndroms bildet also ein Zustand erschöpfter Empathie. Menschen, die – so wie Ärzte – täglich Dienst an anderen Menschen leisten, sollten mit ihrer Empathiebereitschaft daher achtsam und sorgfältig umgehen. Einen erwiesenen Schutz gegen die Gefahr, im Arztberuf emotional auszubluten, bieten die einst vom englisch-ungarischen Arztkollegen Michael Balint begründeten Balint-Gruppen. Diese von spezifisch ausge-

bildeten Moderatoren – meistens selbst Ärzte – geleiteten Gruppen können Ärzten als ein Forum dienen, um im Gespräch mit Kollegen über besonders belastende Patienten für sich selbst immer wieder das richtige Maß der Empathie zu finden.

Schlussbemerkung

Wichtigste Grundlage ärztlicher Entscheidungsfindung bleiben die Erkenntnisse, die wir einer evidenzbasierten Medizin verdanken. Objektiven Einfluss auf den Erfolg des diagnostischen und therapeutischen Prozesses haben jedoch nicht nur die Prozeduren, die sich aus pharmakologischen Fortschritten und immer weiter verbesserten chirurgischen und anderen apparativen Prozeduren ergeben. Störungen der Gesundheit haben für den Patienten immer auch eine emotionale Bedeutung. Mit gesundheitlichen Störungen unvermeidlich verbundene emotionale Konnotationen des Patienten wie Angst, Scham, Ärger oder das Gefühl der Verlassenheit oder Hilflosigkeit sind mehr als nur flüchtige psychologische Zustände. Weil Emotionen mit neurobiologischen Begleitprozessen, insbesondere mit der Aktivierung oder Inaktivierung von neurogenetischen Programmen (z.B. mit der Aktivierung von Stressgenen oder der Inaktivierung der Motivationssysteme) einhergehen, können sie einen gravierenden Einfluss auf den Gesundungsprozess haben (Übersichten bei Bauer, 2008, 2010).

Aufgrund ihrer dargestellten vielfältigen Auswirkungen auf den diagnostischen und therapeutischen Prozess stellt die Qualität der Arzt-Patienten-Beziehung ein ärztliches Qualitätskriterium dar. Eine wesentliche Rolle innerhalb der Arzt-Patienten-Beziehungen spielen wechselseitige, intuitiv ablaufende Informations- und Beeinflussungsprozesse. Neurobiologisches Korrelat der für die ärztliche Arbeit so wichtigen Empathie ist das System der Spiegelneuronen. Intuitiv ablaufende Prozesse zwischen Arzt und Patient zu beachten und im Sinne einer professionellen Gestaltung der Arzt-Patienten-Beziehung nutzbar zu machen, sollte Teil der ärztlichen Kunst sein.

Univ.-Prof. Dr. med. Joachim Bauer

Literaturverzeichnis

- Rizzolatti G. und Craighero L. (2004). The mirror-neuron system. Annual Review of Neuroscience; 27:169-92.
- Bauer, J. (2006). Warum ich fühle was du fühlst. Intuitive Kommunikation und das Geheimnis der Spiegelneurone. München: Heyne.
- Bauer, J. (2008). Prinzip Menschlichkeit. Warum wir von Natur aus kooperieren. München: Heyne.
- Bauer, J. (2010). Das Gedächtnis des Körpers. Wie Beziehungen und Lebensstile unsere Gene steuern. Frankfurt Mn.: Eichborn.
- Bauer, J. (2013). Arbeit – Warum unser Glück von ihr abhängt und wie sie uns krank macht. Blessing München

Anzeige

DESIGN, DAS INSPIRIERT

DER NEUE CT 200h VOLLHYBRID

Schön, dass es ihn gibt: Freuen Sie sich auf den weltweit ersten Vollhybrid der Premium-Kompaktklasse mit 100 kW (136 PS) und einem klassenbesten Verbrauch schon ab 3,6l/100 km. Erleben Sie Fahrvergnügen bei einer besonderen Probefahrt und fragen Sie nach unseren attraktiven Konditionen zur Markteinführung des neuen CT 200h.

**JETZT
PROBE FAHREN!**



LEXUS

LEXUS FORUM FILDERSTADT AHZ Automobil Handels Zentrum GmbH
Felix-Wankel-Str. 44 • 70794 Filderstadt • www.lexusforum-filderstadt.de • Tel.: 071112852800

Kraftstoffverbrauch in l/100 km kombiniert 4,1–3,6 (innerorts 4,1–3,6/außerorts 4,0–3,5), CO₂-Emissionen in g/km kombiniert 94–82 nach dem vorgeschriebenen EU-Messverfahren. Abb. zeigt CT 200h F SPORT mit Sonderausstattung.