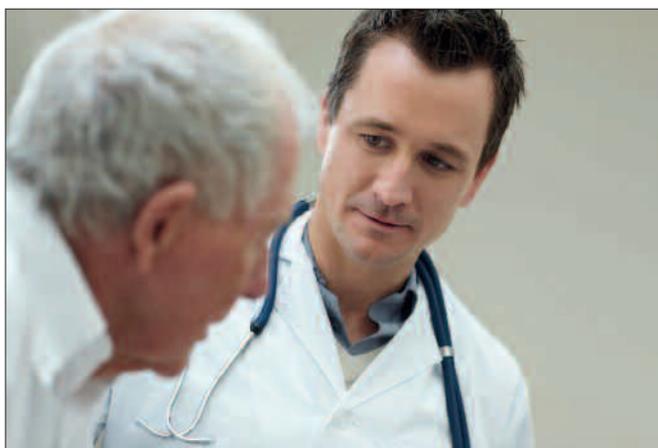


**Thema: Das Mitteilen** einschneidender Diagnosen gehört für viele Ärztinnen und Ärzte zu den emotional belastendsten Aufgaben im Umgang mit ihren Patienten. Mit der richtigen Gesprächsstrategie und -technik können sie ihren Patienten Halt und neue Perspektiven geben – und dabei auch selbst emotional Entlastung finden.

von **Bülent Erdogan-Griese**

## Das schwierige Patientengespräch



**E**in Klinikflur irgendwo in Deutschland: Der Onkologe kommt auf die Station, die Stadienbestimmung für den Patienten in Zimmer 405 hat ergeben, dass die Therapie nicht angeschlagen hat. Auf dem Weg zum Zimmer fängt ihn die Ehefrau des Patienten ab, sie ahnt, dass der Krebs wohl nicht mehr zu besiegen ist. „Sagen Sie meinem Mann nicht, dass er sterben muss, das verkraftet er nicht“, beschwört sie den Arzt, ehe dieser seinen Weg fortsetzen kann. Nachdem der Onkologe dem Patienten die schlechte Nachricht mitgeteilt hat, stellt dieser klar: „Sagen Sie meiner Frau auf keinen Fall, dass ich sterben muss, das verkraftet sie nicht.“ Für Dr. Bernd Sonntag, Leitender Oberarzt der Klinik und Poliklinik für Psychosomatik und Psychotherapie der Universitätsklinik Köln, ist diese Szene geradezu ein Klassiker, wenn es um schwierige Situationen in der Kommunikation zwischen Ärzten und ihren Patienten beziehungsweise deren Angehörigen geht. Diesmal trägt Sonntag sie vor Ärztinnen und Ärzten der Hautklinik im neunten Stockwerk des Bettenhauses im Kölner Süden vor. An der Uniklinik sind Sonntag und seine Kollegen für eine evidenzbasierte Kompetenzvermittlung in der Arzt-Patienten-Kommunikation zuständig. In der Hautklinik zu arbeiten, heißt immer öfter, den Patienten mitteilen zu müssen, dass sie Krebs haben. In dem fensterlosen Raum informieren sich die Kollegen daher über aktuelle wissenschaftliche Erkenntnisse über die vielleicht wichtigste Interventionsmöglichkeit von Ärztinnen und Ärzten: das Gespräch mit ihren Patienten.

Auf bis zu 200.000 Patientengespräche kommt ein Arzt in seinem Berufsleben. Über das Gespräch zwischen Arzt und Patient haben in den vergangenen Jahrzehnten national wie international viele Ärztinnen und Ärzte und andere Wissenschaftler geforscht. Ihre Er-

kenntnis: Mit der richtigen Gesprächsstrategie, auf die Situation angepassten Gesprächstechniken (zum Beispiel „Paraphrase“ und „Echoing“) sowie der Bereitschaft, sich in einem gewissen Rahmen auf Emotionen des Patienten einzulassen und sich auch der eigenen Emotionen bewusst zu sein, können Ärzte sowohl alltägliche wie auch schwierige Patientengespräche besser führen. Eine weitere Erkenntnis der Wissenschaftler: Viele Ärztinnen und Ärzte, erläutert Sonntag, gehen von falschen Prämissen aus, wenn es um Handlungsmuster, Einstellungen und Wünsche ihrer Patienten geht.

- So dauern Patientengespräche in der Arztpraxis nicht länger, wenn der Arzt sein Gegenüber eingangs ausreden lässt. In der Regel, das zeigen Untersuchungen, hört ein Patient nach spätestens drei Minuten von sich aus auf zu reden. Auch dann dauert ein Gespräch nicht länger, als wenn der Arzt nach 30 Sekunden das erste Mal unterbricht, weil er fürchtet, dass die Schilderung ausufern könnte.
- Es ist in der Regel nicht Aufgabe des Arztes, den Patienten zu trösten. Diese Rolle fordert der Patient auch gar nicht ein, so Sonntag: „Trost erfahren Patienten in erster Linie von ihren Angehörigen und Freunden.“
- Viele Patienten, insbesondere ältere Menschen, haben bereits schwierige oder traumatische Situationen erlebt und Strategien der Bewältigung entwickelt. Ärzte können versuchen, diese Ressourcen des Patienten zu aktivieren.
- Auf die Diagnosestellung einer unheilbaren Krankheit reagieren die meisten Patienten zwar heftig, doch selten mit Suizidalität. Dennoch fürchteten viele Ärzte genau dieses, so Sonntag. Richtig sei indes, einschneidende Diagnosen niemals per Telefon zu eröffnen.
- Emotionen, die ohnehin im Raum stehen, sollten nicht übergangen werden. Sonntag: „Das Ansprechen von Gefühlen ist oft eine große Entlastung für Arzt und Patient.“ Bei der Diagnoseeröffnung sollte die Wahrheit nicht zu lange unausgesprochen bleiben. Folge sind nämlich häufig lange Gesprächsschleifen, an deren Ende die Diagnose doch eröffnet werden muss. Wichtig ist, bei emotional schwierigen Situationen nicht sofort auf die Sachebene auszuweichen, wie der Psychologe Axel Schweickhardt und der Psychosomatiker Professor Kurt Fritzsche in ihrem „Kursbuch ärztliche Kommunikation“ (Deutscher Ärzte-Verlag Köln, 2009) erläutern.
- Viele Ärzte unterschätzen ihren Einsatz für den Patienten und haben mitunter gar ein schlechtes Gewissen, so Sonntag: „Oft sehen Kollegen ihr

Engagement nicht als ausreichend an. Viele Ärzte wissen gar nicht, wie viel Zeit fünf Minuten sein können, wenn sie empathisch und angemessen auf den Patienten eingehen.“

In der praktischen Vermittlung von Kommunikationstechniken setzen Wissenschaftler wie Sonntag inzwischen auf Konzepte, für die sie griffige Akronyme wie SPIKES erfunden haben: Dabei steht das initiale S für das *Setting*, also die Rahmenbedingungen des Gesprächs. Dieses sollte nach einer kurzen Begrüßung mit Augenkontakt möglichst im Sitzen und in einer dem Patienten zugewandten Form stattfinden. Der Arzt sollte einen ungefähren Zeitrahmen, zum Beispiel zehn Minuten, vorgeben. Sonntag: „Wichtig ist dabei, den Patienten zum Partner zu machen, und zwar auch für die Zeitbegrenzung.“ In dieser Phase kann auch abgeklöpft werden, ob Angehörige über Diagnosen und Therapieschritte informiert werden dürfen. Unerlässlich ist die Bereitschaft des Arztes, dem Patienten aktiv zuzuhören. Dabei sollte er zunächst offene Fragen stellen („Was führt Sie zu mir?“), im späteren Verlauf: „Wie/Wann äußern sich die Beschwerden?“ und dem Patienten damit Zeit zur Schilderung geben. Die kurze Wiederholung einzelner Aussagen vermittelt dem Patienten das Gefühl, dass der Arzt die Information auch wahrgenommen hat. So lassen sich Schleifen vermeiden. Mit geschlossenen Fragen („Können Sie mir zeigen, wo Ihre Bauchschmerzen auftreten?“) lässt sich die Anamnese im Verlauf fokussieren.

## Emotionen zulassen, Perspektiven aufzeigen

Die erste Reaktion von Patienten auf einschneidende Diagnosen stellt Ärztinnen und Ärzte immer wieder vor Herausforderungen. Wie behandelnde Ärzte auf die Emotionen des Patienten eingehen und die Situation meistern können, zeigen der Psychologe Dr. Axel Schweickhardt und der Internist und Psychosomatiker Professor Kurt Fritzsche in ihrem „Kursbuch ärztliche Kommunikation“ (Deutscher Ärzte-Verlag, Köln, 2009, S. 154 f) auf: So können die Emotionen des Patienten zum Beispiel in folgenden Sätzen aufgegriffen werden:

- „Ich kann mir vorstellen, dass Sie dieser Befund sehr durcheinander bringt / dass Sie sehr enttäuscht sind.“
- „Das ist wahrscheinlich jetzt sehr schwer auszuhalten.“
- „Ich kann mir vorstellen, dass das, was ich Ihnen gerade gesagt habe, Ihnen Angst macht. (Pause, auf zustimmendes Signal warten). Das ist sehr nachvollziehbar und würde sicherlich fast jedem so gehen.“

Das Hauptanliegen in dieser Phase sollte darin bestehen, auf die Emotionen des Patienten einzugehen und nur die Informationen über Behandlung und Prognose zu vermitteln, die vom Patienten auch erfragt werden. Für das folgende Gespräch schlagen Schweickhardt/Fritzsche zum Beispiel diesen Einstieg vor: „Ich möchte jetzt gemeinsam mit Ihnen den Behandlungsplan für die nächste Zeit besprechen. Wie gesagt, gehen wir zum jetzigen Zeitpunkt nicht mehr davon aus, dass wir die Krebserkrankung heilen können. Wir werden aber alles in unserer Macht Stehende tun, damit Sie möglichst gut leben können. Lassen Sie uns überlegen, was dabei für Sie besonders wichtig ist.“

Das P in SPIKES steht für die Wahrnehmung des Patienten durch den Arzt: Über welche kognitiven und psychischen Bewältigungskräfte verfügt der Patient? Anschließend sollte der Arzt die *Informationswünsche* seines Patienten erfassen: Welche Erwartungen hat der Patient bezüglich der Aufklärung hinsichtlich Diagnose, Therapie und Prognose? Schweickhardt/Fritzsche schlagen etwa folgende Frage bei Patienten mit fortgeschrittener Krebserkrankung vor: „Die Bedürfnisse von Patienten sind unterschiedlich. Manche Patienten möchten sehr viele Details über ihre Erkrankung wissen, andere eher weniger. Wie ist das bei Ihnen?“ Das K in SPIKES steht für die *Vor-Kenntnisse* des Patienten, die es zu erfragen gilt. Es folgt die *Exploration* der emotionalen Reaktion des Patienten: Wie erlebt dieser die Belastung und seine Erkrankung? Welche individuellen und familiären Ressourcen und Defizite liegen vor? Zum Abschluss des Gesprächs fasst der Arzt die wichtigsten Gesprächsinhalte zusammen, legt eine *Strategie* für das weitere Vorgehen vor, benennt den nächsten Behandlungsschritt, schlägt, falls nötig, einen weiteren Gesprächstermin vor oder bezieht Angehörige ein.

In der Hautklinik der Kölner Universitätsklinik geht es den Teilnehmern an diesem Nachmittag auch um ganz praktische Dinge: Etwa die Frage, wie man damit umgeht, dass bei der Eröffnung einer Diagnose nicht nur der Patient selbst, sondern mit dessen Einverständnis auch Familienmitglieder und Anverwandte informiert werden möchten. Einigen Ärzten der Hautklinik ist diese Situation unangenehm. „Bevor ich dem Patienten die Diagnose mitteile“, sagt Sonntag, „würde ich bei größeren Familien darum bitten, dass diese einen oder zwei Vertreter aus ihrer Mitte auswählen, die mit im Zimmer bleiben können, während die übrigen Mitglieder bitte draußen warten.“

Nach der Mitteilung einer einschneidenden Diagnose sollte der Arzt dem Patienten ermöglichen, Gefühle wie Verzweiflung, Angst oder Unsicherheit auszudrücken und ihm für diesen speziellen Augenblick zur Seite stehen, führt Sonntag weiter aus. Dagegen schlägt er für die Schilderung des weiteren therapeutischen Vorgehens in der Regel einen neuen Gesprächstermin vor – und löst damit bei einigen Ärzten der Hautklinik Widerspruch aus. Gerade Angehörige würden in einer solchen Situation in ihrer emotionalen Notlage vehement Einzelheiten zum weiteren Vorgehen einfordern, führt eine Kollegin im Vortragsraum aus. „Selbst wenn ich die weiteren Behandlungsmöglichkeiten einfach, kurz und anschaulich schildere, muss ich damit rechnen, dass beim nächsten Gespräch alles vergessen ist“, erwidert Sonntag nach einer kurzen Pause. „Das Vergessen des Patienten wie auch der Angehörigen gehört zu einer solchen Diagnoseeröffnung dazu.“ In der Wissenschaft spricht man in solchen Situationen von *Amnesie* als Folge von *Dissoziation*. Die Pause zwischen beiden Gesprächen, argumentiert Sonntag, biete für den Patienten zudem die Gelegenheit, die ihm mitgeteilte Diagnose zu verarbeiten und ersten Trost im Kreise der Familie zu finden.

## Buchhinweis:



Axel Schweickhardt, Kurt Fritzsche: Kursbuch ärztliche Kommunikation. Grundlagen und Fallbeispiele aus Klinik und Praxis, 2. erweiterte Auflage 2009, Deutscher Ärzte-Verlag, Köln.