

Thema: Eine gelingende Patient-Arzt-Kommunikation trägt nicht nur zu einer höheren Behandlungszufriedenheit, einer besseren Bewältigung der Erkrankung und einer höheren Adhärenz der Patienten bei – sondern sie steigert auch die Freude des Arztes am Beruf. Die gute Nachricht: Kommunikative Kompetenz ist keine Frage des Talents, sondern der Übung – zum Beispiel in Fortbildungen. **von Bülent Erdogan**

„Viele Ärzte wissen gar nicht, wie viel Zeit selbst fünf Minuten sein können“



Zuerst heile mit dem Wort, dann mit der Arznei und zum Schluss mit dem Messer.“ – Dieser dem antiken Gott der Heilkunst Asklepios zugeschriebene und später von Paracelsus übernommene Leitsatz mag eine Zeit lang in den Hintergrund getreten sein angesichts der Erfolge des naturwissenschaftlich geprägten medizinischen Positivismus, der ab dem 19. Jahrhundert große Erfolge feierte. Seit einigen Jahren jedoch wächst das Bewusstsein in der Ärzteschaft wieder, dass dem Wort (manchmal sogar einem einzelnen), also dem Dialog zwischen dem Arzt und seinem Patienten und dessen Angehörigen, eine besondere Bedeutung für den Therapieerfolg beikommt. In der Tat ist Kommunikation – ob unter Kollegen, in der Partnerschaft, zwischen Eltern und Kind und bei noch so vielen weiteren Anlässen des Alltags – eine zuweilen komplizierte, Geduld einfordernde, von Interpretationsfehlern und Missverständnissen geprägte und manchmal gar heikle, mitunter gar von Boshaftigkeit geprägte Angelegenheit. Wer kennt nicht eine Situation, in der „ein Wort das andere“ gab, und in „Nullkommanichts“, also binnen Bruchteilen einer Sekunde, „aus der Mücke ein Elefant“ wurde? Zum Beispiel im Gespräch zwischen Arzt und Patient?

Der emotionale Krug des Patienten

Wenn sich die Gesprächspartner plötzlich emotional „duellieren“, die Konversation also „aus dem Ruder läuft“, sprechen Dr. Bernd Sonntag, stellvertretender Leiter der Klinik und Poliklinik für Psychosomatik und Psychotherapie der Universitätsklinik

Köln, und sein Oberarztkollege Dr. Frank Vitinius von einem „Amygdala Hijack“, einem von Daniel Goleman in seinem 1996 erschienenen Werk „Emotional Intelligence“ verwendeten Begriff. Sonntag und Vitinius beschäftigen sich wissenschaftlich mit der Konversation zwischen Patienten und Ärzten und bieten seit einigen Jahren strukturierte Kommunikationstrainings für Medizinstudierende sowie für onkologisch tätige Kollegen der Uniklinik Köln an (KoMPASS-Trainings, ehemals von der Deutschen Krebshilfe gefördert). Seit dem vergangenen Jahr können Ärzte aller klinischen Fachgebiete sowie Niedergelassene an den Fortbildungen teilnehmen, die zweieinhalb Tage dauern und nach einigen Monaten mit einem Auffrischungstraining abschließen. Das *Rheinische Ärzteblatt* hat kürzlich eine solche Fortbildung besucht.

Die Amygdala als „Alarmanlage“ im limbischen System ermöglicht dem Menschen eine spontane, emotionsbasierte Reaktion mit Blick auf mögliche Gefahren und veranlasst ihn zu Kampf, Flucht oder Erstarren (engl.: „Fight. Flight. Freeze“). Die emotionale Reaktion führt indes oft zu einer unangemessenen oder ungeeigneten Antwort auf die Information – oft folgt später das Bedauern und das Erstaunen darüber, so leicht und so heftig „aus der Haut“ gefahren zu sein.

Diese Verdrängung der Ratio durch die blitzartige Reaktion der Amygdala kann zum Beispiel durch eine als bedrohlich empfundene Handlung oder Äußerung ausgelöst werden: „Wer auf einen solchen Impuls seines Gegenübers mit einem Gegenangriff reagiert, verstärkt diesen Stimulus“, sagt Vitinius gleich am ersten Trainingstag im Kölner Westen. Stattdessen sei es hilfreich, sich einige Augenblicke bewusst zurückzunehmen, um dem Gegenüber die Chance zu geben, die Situation noch einmal einzuschätzen und zu einer rationalen Betrachtung zurückzukehren. „Wir sprechen dabei von der Sechs-Sekunden-Regel“, ergänzt er und zeichnet auf der Fortbildung das Bild eines Kruges auf einen Flipchart, in dem zum Beispiel bei onkologischen Patienten ein Mix aus Emotionen wie Wut, Angst, Scham, Sorge oder Verzweiflung köchelt. Erreichen diese Gefühle schließlich den Siedepunkt, so schäumt der Inhalt in Form von Vorwürfen oder Angriffen über den Rand des „emotionalen Kruges“, so Vitinius.

In der Praxis stellt sich das mit der „Sechs-Sekunden-Regel“ aber als gar nicht so einfach dar: Da ist zum Beispiel der Patient, der trotz einer positiven Diagnose allergisch auf die Eröffnung des Arztes reagiert, dass

Leitfaden Kommunikation

„Kommunikation im medizinischen Alltag“ heißt ein 76-seitiger Leitfaden der Ärztekammer Nordrhein. Interessierte können den kostenfrei erhältlichen Leitfaden bestellen per Mail: pressestelle@aekno.de oder Fax: 0211 4302-2019. Er steht auch unter www.aekno.de/Leitfaden-Kommunikation zum Herunterladen bereit.

noch eine Operation notwendig sein wird. Da ist die Familie des Patienten, die das Ärzteteam immer wieder auffordert, alles noch in ihrer Macht stehende zu unternehmen, ihren Angehörigen doch noch zu retten – während der Patient selbst weitere Therapien kategorisch ablehnt. Da ist die Patientin, die der Ärztin vorwirft, offenbar unfähig zu sein. Da ist der Ehemann der Hochschwangeren, der dem Gynäkologen vorhält, seine Frau hinzuhalten und „Däumchen zu drehen“. Da ist der psychisch erkrankte, pausenlos diskutierende Patient, der im behandelnden Arzt den eigenen Vater sieht, der ihn in der Kindheit immerzu kränkte.

In ihren Fortbildungen setzen Sonntag und Vitinius auch für solche Situationen auf Schauspielpatienten und Rollenspiele. Zu Beginn des Trainings erhalten die Teilnehmenden die Aufgabe, dem Schauspielpatienten mitzuteilen, dass die Chemotherapie des Rezidivs nicht angeschlagen hat und das Tumor-Board eine Therapiezielumstellung hin zu einer palliativen Therapie beschlossen hat. Noch dazu müssen die Teilnehmer für eine Kollegin „einspringen“, die den Patienten normalerweise behandelt. „Die Übermittlung einer schwerwiegenden Diagnose findet nicht an einem Termin statt, sondern ist ein Gesprächsprozess“, begrenzt Sonntag möglicherweise zu hohe Erwartungen daran, was sich mit einem Gespräch über eine einschneidende Diagnose inhaltlich überhaupt erreichen lässt. Er rät dazu, den Gesprächsinhalt vor Beginn des Dialogs zu umreißen und dem Patienten einen Teil der Verantwortung über den Zeitrahmen in die Hände zu legen („Wenn die Zeit heute nicht reicht, können wir noch einen Termin abmachen“). Sonntag: „Viele Ärzte wissen gar nicht, wie viel Zeit selbst fünf Minuten sein können, wenn sie empathisch und angemessen auf den Patienten eingehen und sich dabei voll auf diesen konzentrieren.“

Satz, Pause, Satz, Pause

Geht es also um einschneidende Diagnosen, so empfiehlt Sonntag, einfache Sätze (Subjekt, Prädikat, Objekt) zu wählen und vernehmbare, mehrere Sekunden lange, Pausen zu machen, damit der Patient die Information wenigstens rudimentär verarbeiten kann. „Nur wenige Prozent, von dem, was Sie sagen“, erläutert Sonntag, „wird überhaupt erfasst und erinnert. Vieles ist in den Wind gesprochen, weil viele Patienten in einer solchen Situation dissoziieren.“ Damit die einsetzende Stille nicht dazu führt, aus Verlegenheit doch zu schnell das Wort zu ergreifen, empfiehlt es sich mitunter, den Blick kurz vom Patienten zu lösen.

Wer nach der Eröffnung eines unerwarteten Tumor-Progresses auf die Sachebene ausweicht, um sich und den Patienten vor zu vielen Gefühlen zu schützen, wird sich und seinem Patienten keinen Gefallen tun. Eine Alternative ist das Wunsch-Statement, mit welchem man Mitgefühl ausdrücken kann, gleichzeitig auf Verlegenheits-Floskeln verzichten kann, wie: „Es tut mir leid, aber...“ So könne der Arzt zum Beispiel sagen: „Wir hätten uns alle sehr gewünscht, dass die Therapie bei Ihnen

anschlägt.“ Um danach erneut eine Pause zu machen, die mehrere Sekunden andauern sollte. „Emotionen brauchen Pausen“, sagt auch Vitinius. Fragt der Patient nach einer Prognose, ist Fingerspitzengefühl angesagt. Beispielsweise könnte man abhängig von der jeweiligen Grunderkrankung sagen: „Eine genaue Prognose über den weiteren Fortgang kann Ihnen niemand geben. Wir reden aber eher von Monaten als von Jahren“, so Vitinius.

Klug mit Gefühlen umgehen

Von der Mitteilung schwerwiegender Diagnosen geprägte Gespräche sind emotional für beide Seiten oft belastend. Ärzte, so der Rat der beiden Kommunikationsprofis, sollten aber nicht versuchen, Gefühle des Patienten auszublenden oder abzuwehren, sondern diese ansprechen und angemessen in das Gespräch einbinden. Auch deshalb, um sich klar zu werden, ob die eigenen Emotionen eigentlich die Gefühle des Patienten sind und man sich also einer Gegenübertragung ausgesetzt sieht. Sonntag: „Kollegen, die es vermeiden, Gefühle anzusprechen, meinen, sie würden sich und den Patienten schonen. Dabei ist die Verarbeitung unausgesprochener Gefühle anstrengender als die Bereitschaft, Emotionen zuzulassen, selektiv anzusprechen und am Ende des Gesprächs im übertragenen Sinne auch wieder an den Patienten ‚zurückzugeben‘, um eben nicht auf ihnen sitzen zu bleiben.“ Denn es sei eben nicht die eigene Erkrankung, sondern die des Patienten. „Es gibt wissenschaftliche Hinweise darauf, dass eine solche Haltung auch eine Burnout-Prophylaxe darstellt.“

Zu dieser Prophylaxe gehört nach Ansicht der Kölner Mediziner also eine ausreichende Selbstwahrnehmung und -achtsamkeit, die auch darin zum Ausdruck kommen soll, sich immer wieder Entlastung zu verschaffen. Das könne zum Beispiel durch ein kurzes Innehalten, ein tiefes Durchatmen, den Gang zur Kaffeemaschine, den Blick durch Fenster auf den Kastanienbaum oder einige Gedanken an den geplanten Kinobesuch am Abend erreicht werden. „Das kann auch die bewusste, die eigenen Bedürfnisse wahrnehmende und wertschätzende Entscheidung sein, genau jetzt und nicht später zum nahe gelegenen Büdchen zu gehen – und nicht, wie so oft üblich, noch fünf Patienten abzuarbeiten und sich selbst wieder an die letzte Stelle zu setzen“, sagt Sonntag.

Nationaler Krebsplan fordert Kompetenz ein

Dass der Kommunikation schon im Medizinstudium inzwischen mehr Bedeutung beigemessen werde, sei sehr erfreulich. „Das allein reicht aber nicht aus, sonst droht später der Praxisschock“, sagt Sonntag, „wichtig ist daher, das eigene Wissen regelmäßig aufzufrischen.“ Auch die Bundesregierung misst einer professionellen Gesprächsführung und kontinuierlichen Trainings großen Wert bei. Für den Nationalen Krebsplan hat sie unter „Punkt 12a“ das Ziel postuliert: „Alle in der onkologischen Versorgung tätigen Leistungserbringer verfügen über die notwendigen kommunikativen Fähigkeiten

Training „Kommunikative Kompetenz“

Die Kölner Uniklinik bietet in diesem Jahr weitere Trainings an (Kostenbeitrag 300 Euro).

Die Termine:
25. – 27. August und
27. – 29. Oktober
2016.

Weitere Informationen:
bernd.
sonntag@uk-koeln.de,
Tel.: 0221 478-4103.
www.kommunikative-kompetenz.uk-koeln.de

Training für Fortgeschrittene am
2. und 3. Dezember
2016,
frank.vitinius@
uk-koeln.de

ten zu einem adäquaten Umgang mit Krebspatienten und ihren Angehörigen: In der Aus-, Weiter- und Fortbildung der Gesundheitsberufe wird die Vermittlung adäquater Kommunikationskompetenzen verbessert. Die Kommunikationsfähigkeiten werden im Rahmen der Qualitätssicherung laufend überprüft und trainiert.“

Gute Kommunikation ist auch nach Ansicht von Dr. Hans Martin Bosse, Oberarzt der Klinik für Allgemeine Pädiatrie, Neonatologie und Kinderkardiologie des Universitätsklinikums Düsseldorf, essentiell für eine

hochstehende Medizin. „Kommunikation ist ebenso wenig Intuition, wie es die Operation eines Blinddarms ist, Kommunikationstechniken können, ja müssen erlernt werden“, sagt Bosse im Interview mit dem *Rheinischen Ärzteblatt* (siehe unten). Neben besseren Behandlungsergebnissen führe eine gute Kommunikation auch dazu, dass Ärztinnen und Ärzte mehr Freude an ihrem Beruf haben, sagt Bosse, der als Lehrbeauftragter den in der Klinik Station machenden Medizinstudierenden wichtige Inhalte und Techniken näher bringt.

„Kommunikation ist ebenso wenig Intuition, wie es die Operation eines Blinddarms ist“

Dr. Hans Martin Bosse, ist Lehrbeauftragter und Oberarzt der Klinik für Allgemeine Pädiatrie, Neonatologie und Kinderkardiologie des Universitätsklinikums Düsseldorf. Das *Rheinische Ärzteblatt* sprach mit ihm über Besonderheiten in der Kommunikation mit Kindern und Jugendlichen – und deren Eltern.



Kommunikation lässt sich erlernen und stetig verbessern, sagt Dr. Hans Martin Bosse, Pädiater und Lehrbeauftragter an der Uniklinik Düsseldorf. Foto: Universitätsklinikum Düsseldorf

RhÄ: Herr Dr. Bosse, Sie trainieren Medizinstudierende, die in der Pädiatrie Station machen, in der Patient-Arzt-Kommunikation. Wie sieht das konkret aus?

Bosse: Wir trainieren unsere Studenten an praktischen kinderärztlichen Fällen. Situationen können zum Beispiel sein, dass wir denken, dass abgewartet werden kann, aber das Kind oder die Eltern denken, dass es doch schlimm ist. Oder wir simulieren, dass die Erziehungsberechtigten zum Beispiel nicht mit einer von uns als wichtig erachteten Lumbalpunktion einverstanden sind.

RhÄ: Haben Kinder ein Recht auf Wahrheit?

Bosse: Natürlich haben Kinder ein Recht auf Wahrheit. Die Frage ist nur, welche Wahrheit unser Patient erlebt. Ein 14-jähriger braucht andere Informationen zu seiner Erkrankung als ein Vierjähriger. Bei ganz jungen Patienten orientieren wir uns ganz klar daran, was er überhaupt wahrnimmt. Bei einem Teenager, der die Sache tiefer durchschaut und der auch Zusammenhänge wissen möchte, gehen wir auch ins Detail und erklären zum Beispiel die medikamentösen Wirkungswege, die dazu führen, warum das Haar ausfällt und er Übelkeit verspürt.

RhÄ: Wie viel Wahrheit verträgt ein Kind?

Bosse: Ich würde die Gegenfrage stellen: Wie viel Lüge verträgt ein Kind? Wir müssen den Kindern gegenüber genauso aufrichtig sein, wie wir es jedem Patienten gegenüber sind. Bei kleinen Kindern orientieren wir uns am Offensichtlichen. Einem Vierjährigen erklären wir also, was er sieht. Einem 14-jährigen würden wir zum Beispiel ankündigen, dass wir morgen eine Blutabnahme machen und er ein Betäubungspflaster erhält, damit es nicht so sehr wehtut. Einem Vierjährigen würden wir erst fünf Minuten vorher sagen, dass es gleich pikst, aber dann auch

gleich nicht mehr weht tut. Auch ein vierjähriges Kind hat einen Anspruch auf eine aufrichtige und wahrheitsgetreue Kommunikation.

RhÄ: Kommt es häufiger vor, dass Eltern nicht damit einverstanden sind, dem Kind eine einschneidende Diagnose mitzuteilen – und was machen Sie dann?

Bosse: Also das passiert praktisch nie. Die Frage ist nur, wann man es den Kindern erzählt, es kommt also auf das Setting an. Manchmal kommt es andersherum vor, dass Kinder oder Jugendliche den Eltern nicht alles offenbaren wollen, ein Beispiel ist die Verschreibung der Pille für eine Jugendliche.

RhÄ: Es heißt, dass Kinder in der Phase des „magischen Denkens“ Krankheit mitunter als Bestrafung erleben.

Bosse: Diese Erfahrung habe ich so nicht gemacht, im Gegenteil: Kinder mit schweren chronischen Erkrankungen oder einer Krebserkrankung integrieren ihre Krankheit sehr viel besser in ihre Realität als Erwachsene, und sie sind mit dem Genesungsverlauf wieder total im Jetzt – während die Eltern doch sehr lange hadern. Dies steht aber im Gegensatz zu Jugendlichen nach der Pubertät, die sich mit schweren, lebensbedrohlichen Erkrankungen viel schwerer tun und sich zum Beispiel fragen, ob nach dem Tod vielleicht gar nichts mehr kommt.

RhÄ: Wie kann man als Arzt darauf reagieren?

Bosse: Niemand würde einem erkrankten Kind im magischen Alter die Illusion nehmen, dass die Oma „auf der Wolke sitzt und wartet“ und das erkrankte Kind eines Tages ebenfalls auf dieser Wolke sitzen und auf seine Eltern warten wird. Umgekehrt würde man einen ver-

Training für Studenten in Düsseldorf

Unter dem Akronym „CoMeD“ (für: Kommunikation in der Medizinischen Ausbildung Düsseldorf) hat die Medizinische Fakultät der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf ein Curriculum erstellt, mit dem im Querschnitt der Fächer während des gesamten Medizinstudiums ärztliche Gesprächskompetenz vermittelt werden soll. www.comed-duessel.dorf.de