

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](http://www.comed-duessel.dorf.de)

geschlossenen 15-Jährigen, der mit einer tödlichen Diagnose konfrontiert ist, natürlich auf seine besondere Situation ansprechen und ihn auch psychologisch begleiten.

**RhÄ:** *Es heißt, dass Jugendliche bei einschneidenden Diagnosen eine Art Schnellreifung durchmachen.*

**Bosse:** Auch da bin ich skeptisch. Ich denke, dass Kinder und Jugendliche sich den ihnen stellenden Herausforderungen anpassen und wir Veränderungen, vielleicht auch Reifungsprozesse, lange nicht wahrnehmen und überrascht sind, wenn sich diese Reifungsprozesse an konkreten Handlungen zeigen. Gerade Jugendliche tragen ihre Entwicklungsschritte oft nicht nach außen.

**RhÄ:** *Ist der Eindruck richtig, dass Sie mit Leib und Seele Pädiater sind?*

**Bosse:** Ich bin sehr gern Pädiater, aber nicht mit Leib und Seele. Ich halte es für sehr wichtig, aktive Psychohygiene zu betreiben, auch in der Patient-Arzt-Kommunikation – dass man also einerseits voll für den Patienten da ist, sich aber andererseits auch von seinem Beruf lösen kann und nach getaner Arbeit in sein nicht-ärztliches Privatleben zurückkehrt.

**RhÄ:** *Gibt es da verschiedene Techniken?*

**Bosse:** Durchaus. So versetze ich mich zum Beispiel in die Lage der Eltern, wenn diese im Gesprächsverlauf Unzufriedenheit zeigen oder gar Vorwürfe äußern, und überlege mir: Was bewegt sie? Meist ist das Motiv ja die verständliche elterliche Sorge. Und

das spreche ich dann an, zum Beispiel: ‚Ich merke, Sie machen sich sehr große Sorgen um Ihr Kind‘. Und oft ist dann die negative Emotion gebannt und man kann auf der Sachebene weiter sprechen. Und ab und an stelle ich mich nach schwierigen Gesprächen abends unter die Brause und dusche den Alltag quasi ab.

**RhÄ:** *Sie distanzieren sich also vom Patienten?*

**Bosse:** Ja, nach getaner Arbeit schon. Man muss sich immer sagen: der Patient ist krank und nicht ich. Ich bin das professionelle Gegenüber, das jetzt für ihn da ist, aber nicht mit ihm mitleiden muss. Natürlich lassen einige besondere Schicksale nicht kalt. Umso wichtiger ist dann die aktive Psychohygiene.

**RhÄ:** *Was wollen Sie in ihren Kommunikationstrainings vermitteln?*

**Bosse:** Essentiell ist die Verknüpfung mit ärztlichen Fragestellungen und die Begleitung durch Ärzte. Studenten nehmen es leider oft so wahr, dass Kommunikationstrainer ‚Kommunikation‘ betreiben und Ärzte ‚richtige Medizin‘. Aber das geht am Kern vorbei. Kommunikation ist ebenso wenig Intuition, wie es die Operation eines Blinddarms ist, Kommunikationstechniken können, ja müssen erlernt werden. Doch für viele Studenten ist das noch ein Gegensatz. Das wollen wir ändern. Als Pädiater wollen wir aufzeigen: wir arbeiten besser und auch freudvoller, wenn wir gut kommunizieren.

**RhÄ:** *Haben Sie vielen Dank für das Gespräch.*

## Glossar

Typische Gesprächssituationen in Praxis und Klinik sind neben dem Anamnesegespräch zum Beispiel das Aufklärungsgespräch vor diagnostischen und therapeutischen Eingriffen, die informierende oder motivierende Beratung, die Visite, das Überbringen schlechter Nachrichten, das Gespräch über die Umstellung des Therapiekonzeptes von der Kuration hin zur Palliation (der von vielen als „Ende“ wahrgenommenen Zäsur), die Krisenintervention (zum Beispiel der „Nicht-Suizid-Vertrag“, siehe auch *Rheinisches Ärzteblatt 11/2011 S. 12 ff.*), die Konversation mit schwierigen und „fordernden“ Patienten und Angehörigen oder der Umgang mit letal erkrankten Kindern und ihren Eltern. Die Zahlen darüber, wie viele Gespräche ein Arzt im Laufe seines Berufslebens mit Patienten führt, variieren. Die Marke von 100.000 Dialogen dürfte allerdings ein ganz guter Anhaltspunkt für die Dimension sein.

■ Der Gesprächsrahmen: Dazu gehört zum Beispiel eine möglichst ungestörte Umgebung, das Sitzarrangement, das ausreichend Nähe und Abstand ermöglicht oder der Kontakt in Augenhöhe. Ärzte tun gut daran, wenn sie sich vorab Gedanken über ihr Gegenüber machen und zum Bei-

spiel eruieren, mit welchen Erwartungen und Vorstellungen der Patient wohl in das Gespräch gehen könnte und wie offen der Patient für Informationen ist. Wichtig ist, den zeitlichen Rahmen und das Ziel des Gesprächs anzukündigen und vom Patienten ein Einverständnis einzuholen. Themenwechsel im Verlauf des Gesprächs sollten angekündigt und das Gespräch am Ende kurz zusammengefasst sowie nächste Schritte kurz angesprochen werden.

- Werkzeuge der Gesprächsführung sind zum Beispiel das Echoing, Paraphrasieren, Spiegeln, sowie das Stellen offener, halboffener, geschlossener sowie von Meinungs-, Wissens- und Gegenfragen.
- Patientengespräche in der Arztpraxis dauern auch dann insgesamt nicht länger, wenn der Arzt sein Gegenüber eingangs ausreden lässt. In der Regel, das zeigt Untersuchungen, höre ein Patient nach allerspätestens zwei bis drei Minuten von sich aus auf zu reden, sagt Vitinius.
- Es ist nicht Aufgabe des Arztes, den Patienten zu trösten. Diese Rolle fordert der Patient auch gar nicht ein, sagt 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 Stra-

tegien der Bewältigung entwickelt. Ärzte können an diesen Ressourcen anknüpfen und, so Vitinius, zum Beispiel fragen: „Was hat Ihnen in vergleichbaren Situationen früher geholfen?“

- 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, 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.
- Viele Ärzte unterschätzen ihren Einsatz für den Patienten und haben mitunter gar ein schlechtes Gewissen, sagt Sonntag: „Oft sehen Kollegen ihr Engagement nicht als ausreichend an. Leider führt das Gefühl, nicht genug zu tun, häufig dazu, zu viel zu tun.“