

Schwierige Kommunikation

Medizin Wenn schlechte Nachrichten wie etwa eine Krebsdiagnose überbracht werden müssen, geht das Arzt-Patienten-Gespräch oft schief. In Rollenspielen sollen Mediziner solche Situationen simulieren und ihre Rede-Kompetenzen trainieren

VON ANGELA STOLL

Bielefeld Die Diagnose traf Marc Naumann wie ein Fausthieb. „Wir haben bei Ihnen einen Hirntumor entdeckt“, sagte der Arzt nach Auswertung einer Magnetresonanztomographie. „Er muss innerhalb von drei Wochen operiert werden. Lassen Sie sich dafür einen Termin geben.“ Das war alles. Auch heute, mehr als sechs Jahre danach, kann Naumann kaum glauben, dass ihm der Mediziner diese Nachricht einfach an den Kopf warf. „Es hat gewirkt, als hätte er kein Interesse.“ Naumann, damals Jura-Student, blieb bestürzt zurück. „Ich dachte nur: Das kann doch nicht wahr sein!“ Statt einen OP-Termin zu vereinbaren, ließ er sich zu einem anderen Experten überweisen. Und bekam eine andere Diagnose.

Das Erlebnis Naumanns ist ein abschreckendes Beispiel für misslungene Kommunikation zwischen Arzt und Patient. Der Fall ist extrem. Doch Judith Storf von der Unabhängigen Patientenberatung Deutschland (UPD) in Bielefeld hat es öfters mit Patienten zu tun, die ähnliche Erfahrungen gemacht haben. „Es kommt immer wieder vor, dass Betroffene oder Angehörige berichten, ihnen sei eine schlimme Diagnose an den Kopf geworfen worden.“ Genau diese Redewendung ist es, die häufig fällt. Oft fühlen sich die Patienten von der Diagnose dann so „übereumpelt“, dass sie nicht in der Lage seien, weitere Fragen zu stellen. Auch der Fachjargon erschwert die Kommunikation. „Typisch ist, dass Patienten berichten: Ich weiß gar nicht, was der gesagt hat“, sagt Storf.

Das Überbringen schlechter Nachrichten ist für Ärzte eine heikle Aufgabe. Sie wissen, dass die Botschaft Kummer bereiten wird und haben oft Angst vor dem Gespräch, das auch sie belastet. „Ärzte sind unterschiedlich kompetent darin, solche Nachrichten zu überbringen“, sagt der Internist und Medizinerthiker PD Dr. Jan Schildmann von der Ruhr-Universität Bochum. „Man kann das aber üben und sich dadurch verbessern.“ Seit mehreren Jahren werden in Deutschland daher Seminare angeboten, in denen sich Medizinstudenten und Ärzte auf solche Situationen vorbereiten können.

In den Kursen sind oft Rollenspiele vorgesehen, bei denen Mediziner bestimmte Gesprächsstrategie

üben. Den Part der Patienten übernehmen in der Regel Schauspieler oder speziell geschulte Laien-Darsteller. Ärzte müssen ihrem Gegenüber dann etwa eine Krebsdiagnose überbringen oder darüber aufklären, dass sein Kind schwer erkrankt ist. „Die Gesprächssimulationen sind sehr realitätsnah“, berichtet Schildmann, der solche Kurse leitet. So sehr, dass manchmal Tränen fließen.

Durch das Feedback der Gesprächspartner sowie der anderen Teilnehmer lernen die Mediziner, wie ihr Auftreten ankommt: „Es kann allerdings ganz unterschiedlich sein, wie das Gespräch empfunden wird“, sagt Schildmann. Allgemein könne man beobachten, dass Ärzten das Reden leichter falle als das Fragen, Zuhören und Innehalten. „Dabei berichten die Gesprächspartner oft, dass sie kurze Pausen als positiv empfinden“, sagt der Medizinerthiker

„Patienten hilft es sehr, wenn Ärzte nachfragen, was sie bewegt, anstatt die ganze Zeit selbst zu reden.“

Medizinerthiker PD Dr. Jan Schildmann

ker. „Patienten hilft es sehr, wenn Ärzte nachfragen, was sie bewegt, anstatt die ganze Zeit selbst zu reden.“

Die Kommunikationstrainerin Isabel Schupp aus Icking bei München, die ebenfalls Seminare zum Thema anbietet, hat Ähnliches beobachtet. „Manche Ärzte halten die Situation selber kaum aus und ziehen sich deshalb auf ihr Fachwissen zurück“, berichtet die Schauspielerin und Trauerbegleiterin über die Rollenspiele. „Sie reden zu viel und geben dem Patienten keinen Raum.“ Außerdem wirkten manche Ärzte bei den Gesprächen kalt, „weil sie es nicht gelernt haben, durch Körpersprache und Stimmmodulation Empathie zu vermitteln“. Daher empfiehlt sie den Mediziner eine offene, dem Patienten zugewandte Körperhaltung und einen warmen Blickkontakt. Ansonsten brauche ein Arzt vor allem Zeit und Ruhe für ein gutes Gespräch. Doch gerade daran mangelt es oft. So berichtet die Patientenberaterin Storf: „Wir hören von Patienten häufig, dass allgemein zu wenig Zeit für Gespräche ist. Manche sagen: 'Ich habe ein ganz schlechtes Gewis-

sen, wenn ich dem Arzt noch eine Frage stelle.“

Die Gespräche sind auch deshalb schwierig, weil jeder Patient andere Erwartungen und Bedürfnisse hat. So ist es ganz unterschiedlich, wie detailliert Menschen aufgeklärt werden wollen. „Aus Umfragen wissen wir, dass neun von zehn Patienten grundsätzlich wissen wollen, wie es um sie steht“, sagt Schildmann. „Aber nur gut die Hälfte möchte bei der Entscheidungsfindung mitwirken, wenn es um weitere Therapien geht.“ Um Patienten nicht mit Dingen zu konfrontieren, die sie gar nicht wissen möchten, empfiehlt der Medizinerthiker, sich durch Fragen abzusichern. So handelt es auch der Palliativmediziner Professor Christoph Ostgathe vom Universitätsklinikum Erlangen. „Der Patient hat auch ein Recht auf Nichtwissen“, betont er.

Ein schwieriger Punkt ist für Ärzte auch, ob sie Patienten in aussichtslosen Fällen ganz die Hoffnung nehmen dürfen. Dieses Problem kennt Isabel Schupp: „Angehörige hadern oft damit, wenn Ärzte ihnen gar keine Hoffnung mehr machen. Sie klagen dann zum Beispiel: 'Der hat ja schon die Schaufel mitgebracht, als er ins Zimmer kam. 'Aber natürlich ist es auch wichtig, dass Ärzte ehrlich sind.'“ Das muss kein Widerspruch sein, findet Ostgathe: „Man sollte Patienten nicht die Hoffnung nehmen, wenn Genesung ausgeschlossen ist, sie aber in eine andere Richtung lenken.“ Zum Beispiel könne man Schmerzfreiheit oder schöne Stunden mit der Familie in Aussicht stellen. Hoffnung sei auch therapeutisch wichtig, sagt Ostgathe – weil sie etwa dazu beitragen, Schmerzen zu lindern.

Patienten nehmen oft gar nicht wahr, wie sehr ihr Schicksal auch die Ärzte bewegt. „Schlechte Nachrichten zu überbringen wird nie Routine“, sagt Palliativmediziner Ostgathe. „Es bleibt immer etwas, das einen bewegt.“ Um sich psychisch zu stabilisieren, hilft es Ärzten, Gefühle gegenüber den Patienten zuzulassen, sich mit Kollegen auszutauschen oder im Extremfall auch mal einen Fall abzugeben. Immerhin tragen Kommunikationsstrategien dazu bei, schwierige Situationen gut zu bewältigen. So sagt Schildmann: „Wer in Sachen Kommunikation kompetent ist, für den sind schwierige Gespräche weniger belastend.“ So ist das Gefühl, eine schlimme Nachricht wenigstens ein-



Eine schlimme Nachricht überbringen zu müssen ist eine heikle Situation im Arzt-Patienten-Gespräch. Foto: imago, McPhoto

försam überbracht zu haben, für Ärzte ein gewisser Trost.

Trotz mancher Klagen kommen der Patientenberaterin Storf auch immer wieder Beispiele für gelungene Kommunikation zu Ohren. „Wir hören auch von Patienten, dass sie sich bei ihren Ärzten gut aufgeho-

ben und von ihnen gut aufgeklärt fühlen“, sagt sie. Marc Naumann machte später ebenfalls noch einige positive Erfahrungen mit Mediziner. Überhaupt ging seine Geschichte gut aus: Bei ihm wurde zwar tatsächlich ein Hirntumor diagnostiziert, aber eine gut behandel-

Wichtige Patientenrechte

● **Aufklärungspflicht** Grundsätzlich sind Ärzte dazu verpflichtet, jeden Patienten über Diagnose, Therapiemöglichkeiten und mögliche Komplikationen aufzuklären. Dadurch soll der Patient in der Lage sein, über die Behandlung zu entscheiden. Er hat das Recht auf rechtzeitige, umfassende und verständliche Aufklärung. Danach darf er sich auch gegen die Therapie entscheiden, selbst dann, wenn er sich dadurch schadet. Informiert werden muss der Patient im Rahmen eines persönlichen Gesprächs. Formulare und Aufklärungsbögen können es nicht ersetzen.

● **Minderjährige** Bei Kindern und Jugendlichen unter 18 Jahren müssen die Eltern umfassend informiert werden und der Behandlung zustimmen. Bei Routinebehandlungen reicht in der Regel das Einverständnis eines Elternteils, bei größeren Eingriffen müssen beide zustimmen. Außerdem sollen Jugendliche miteinbezogen werden, wenn es sich um schwerwiegende Entscheidungen handelt. Maßgeblich ist dabei, ob der Arzt sie für reif genug hält, die Bedeutung des Eingriffs zu erkennen.

● **Bewusstlosigkeit** Wenn ein Patient nicht aufgeklärt werden kann, weil er zum Beispiel bewusstlos oder dement ist, versucht man, seinen mangelhaften Willen zu ermitteln. Dazu können sich Angehörige und Freunde äußern. Hat der Patient seinen Willen allerdings vorab in einer Patientenverfügung kundgetan, müssen sich Ärzte nach dieser richten.

● **Ausnahmen** Wenn der Arzt nachweisen kann, dass die Aufklärung dem Patienten Schaden zufügen könnte, darf er ausnahmsweise darauf verzichten. Das kann der Fall sein, wenn er einem suizidgefährdeten Patienten eine schlimme Diagnose mitteilen müsste. Außerdem kann der Patient auch von sich aus erklären, dass er keine Aufklärung möchte. (toll)

bare Form. Eine Bestrahlung sowie eine Chemotherapie hat er gut überstanden und daraufhin die gemeinnützige Organisation „Segelrebeln“ gegründet. Sie bietet krebskranken jungen Menschen Segelreisen an. Operiert worden ist Naumann bis heute nicht.

Schonende Diagnostik und Therapie

Kongress Augsburg entwickelt sich immer mehr zu einem Mekka der Endoskopie. Auch heuer wieder wurden beim „Endo-Update“ technische Neuerungen diskutiert. Ein Gespräch mit Tagungsleiter Professor Messmann

Herr Professor Messmann, der Augsburger Kongress „Endo-Update“ hat unter Ihrer Regie am vergangenen Wochenende zum zehnten Mal stattgefunden. Wie hat sich der Kongress entwickelt?

Messmann: Wir haben vor zehn Jahren mit 100 Teilnehmern angefangen und konnten heuer etwa 1000 begrüßen. Damit ist der Kongress inzwischen der drittgrößte dieser Art in Deutschland und Europa. Anfangs dauerte er einen Tag, heuer waren es erstmals zweieinhalb Tage. Nach zehn Jahren ist Augsburg wirklich zu einem Mekka der Endoskopie geworden, das kann man nur unterstreichen.

Was waren für Sie die „Highlights“ in den vergangenen zehn Jahren?

Messmann: Ich glaube, ein besonderes Highlight war und ist die Zusammenarbeit mit den Japanern, die seit Anfang an dabei sind und uns enorm vorangebracht haben. Sie haben uns den Weg geebnet zur endoskopischen Diagnostik und Therapie von Frühkarzinomen. Mit Hilfe der japanischen Experten haben wir in Augsburg ein führendes Zentrum für Frühkarzinome in Europa aufgebaut mit den größten Behandlungszahlen von Frühkarzinomen in Spei-

seröhre, Magen und Darm. Angefangen haben wir mit vier Patienten pro Jahr, jetzt sind es 150 jährlich, die aus ganz Deutschland kommen. Ein anderes Highlight sind Innovationen zur Therapie von Schluckstörungen oder Zenker-Divertikeln (Ausstülpungen der Speiseröhren-Schleimhaut) ohne Operation.

Gab es auch heuer wieder Neuerungen, die zur Diskussion standen?

Messmann: Ja, es gibt gerade zur Behandlung der Refluxkrankheit (Rückfluss von Magensäure in die Speiseröhre) etliche neue endoskopische Techniken, mit denen zum Beispiel der Mageneingang gerafft wird, anstatt ihn laparoskopisch zu operieren. Auch zur Entfernung von Frühkarzinomen aus dem Verdauungstrakt wurden neue Techniken entwickelt, außerdem neue Instrumentarien, die kleinere Eingriffe erlauben.

Was ist denn der aktuelle Stand, was die Diagnostik und Therapie früher Tumore per Endoskopie betrifft?

Messmann: Mit neuen hochauflösenden Video-Endoskopen kann man Tumore hinsichtlich ihrer Tiefenausdehnung beurteilen. Das heißt: Allein durch Anschauen der Tumore



Blück ins Körperinnere mit Minikamera: die Endoskopie. Foto: imago

erkennt man, wie weit sie in die Tiefe gehen. Denn die „Spitze jedes Eisbergs“ sieht anders aus. Weitwinkelendoskope haben unser Blickfeld vergrößert, sie bieten einen 330-Grad-Rundblick, so dass wir wie beim Autofahren einen „Rückspiegel“ haben. Auf diese Weise werden Polypen, die sich hinter Falten verstecken, sicherer ent-

deckt. Was die Möglichkeit zur endoskopischen Entfernung von Tumoren angeht, so ist nicht die Ausdehnung des Tumors über ein, zwei oder fünf Zentimeter entscheidend, sondern wie weit er in die Tiefe geht. Das Tiefenwachstum beziehungsweise die Dicke darf bei Tumoren in der Speiseröhre und im Magen maximal einen halben Millimeter, im Dickdarm maximal einen Millimeter betragen.

Angesicht all der Fortschritte – birgt der Darm überhaupt noch Geheimnisse? Lässt sich die Endoskopie noch weiterentwickeln?

Messmann: Das ist eine gute Frage! Sicher sind auch der Endoskopie irgendwo Grenzen gesetzt. Aber momentan geht die Entwicklung noch weiter, in Richtung 3-D, roboterassistierte Eingriffe und Bildererkennung. Bildererkennung, das heißt: Um bei Frühformen von Tumoren zu erkennen, ob es sich schon um entartetes oder noch gesundes Gewebe handelt, wird das fragliche Areal computergestützt analysiert. Das wird auch einer meiner persönlichen Schwerpunkte sein. Auf diesem Gebiet ist eine enge Zusammenarbeit mit Tokio geplant. Das läuft schon jetzt sehr gut. Aber wenn das Augs-

burger Klinikum Uniklinik wird, was ich sehr hoffe, wird es noch bessere Möglichkeiten der Kooperation geben. Bei der Unterscheidung von gut- und bösartigem Gewebe haben wir in den letzten Jahren schon große Fortschritte gemacht, wir müssen immer weniger biopsieren, also Gewebeproben entnehmen. Aber wir wollen die Anzahl der Biopsien noch weiter reduzieren.

Und was macht die Darmkapsel, die ja mal Hoffnungen geweckt hatte, dass sie die übliche Darmspiegelung eines Tages ersetzen könnte?

Messmann: Um die Darmkapsel ist es ruhiger geworden, weil man auch bei ihr nicht auf die vorhergehende Darmreinigung verzichten kann, was ja das Unangenehmste bei einer Darmspiegelung für die Patienten ist. Und dass man sie von außen durch den Darm steuern kann, das ist Zukunftsmusik, die noch viel Ingenieursleistung erfordert.

Interview: Sibylle Hübner-Schroll



Professor Helmut Messmann ist Gastroenterologe und Chefarzt der III. Medizinischen Klinik am Augsburger Klinikum.

Gesundheit kompakt

AUGENHEILKUNDE

Finger weg von Gersten- oder Hagelkörnern

Gersten- oder Hagelkörner sollten Betroffene nicht selbst aufdrücken. Gegen die Schwellungen am Augenlid hilft oft Wärme, erklärt Professor Thomas Kohlen von der Deutschen Ophthalmologischen Gesellschaft. Sowohl bei einem Gerstenkorn als auch bei einem Hagelkorn sind die Talgdrüsen im Augenlid entzündet. „Wenn die Ausführungsgänge verstopfen, kann der Inhalt nicht mehr herausfließen und Bakterien können sich leicht ansiedeln“, sagt Kohlen.

Gerstenkörner schmerzen meist, die betroffene Stelle ist gerötet und geschwollen. „Wärme hilft hier, das Korn öffnet sich oft von selbst“, so Kohlen. Da das Gerstenkorn eine bakterielle Entzündung ist, können Betroffene auch antibiotische Salben verwenden. Ein Hagelkorn hingegen entwickelt sich über einen längeren Zeitraum. Die knötchenartige Schwellung wird langsam größer und schmerzt oft nicht. Die Ursache dafür ist Sekret, das sich in der Drüse angestaut und eventuell verkapselt hat. Im Unterschied zum Gerstenkorn ist ein Hagelkorn eine chronische Erkrankung. „Wenn sich das nicht von allein zurückbildet, muss es operativ entfernt werden“, sagt Kohlen. (dpa)